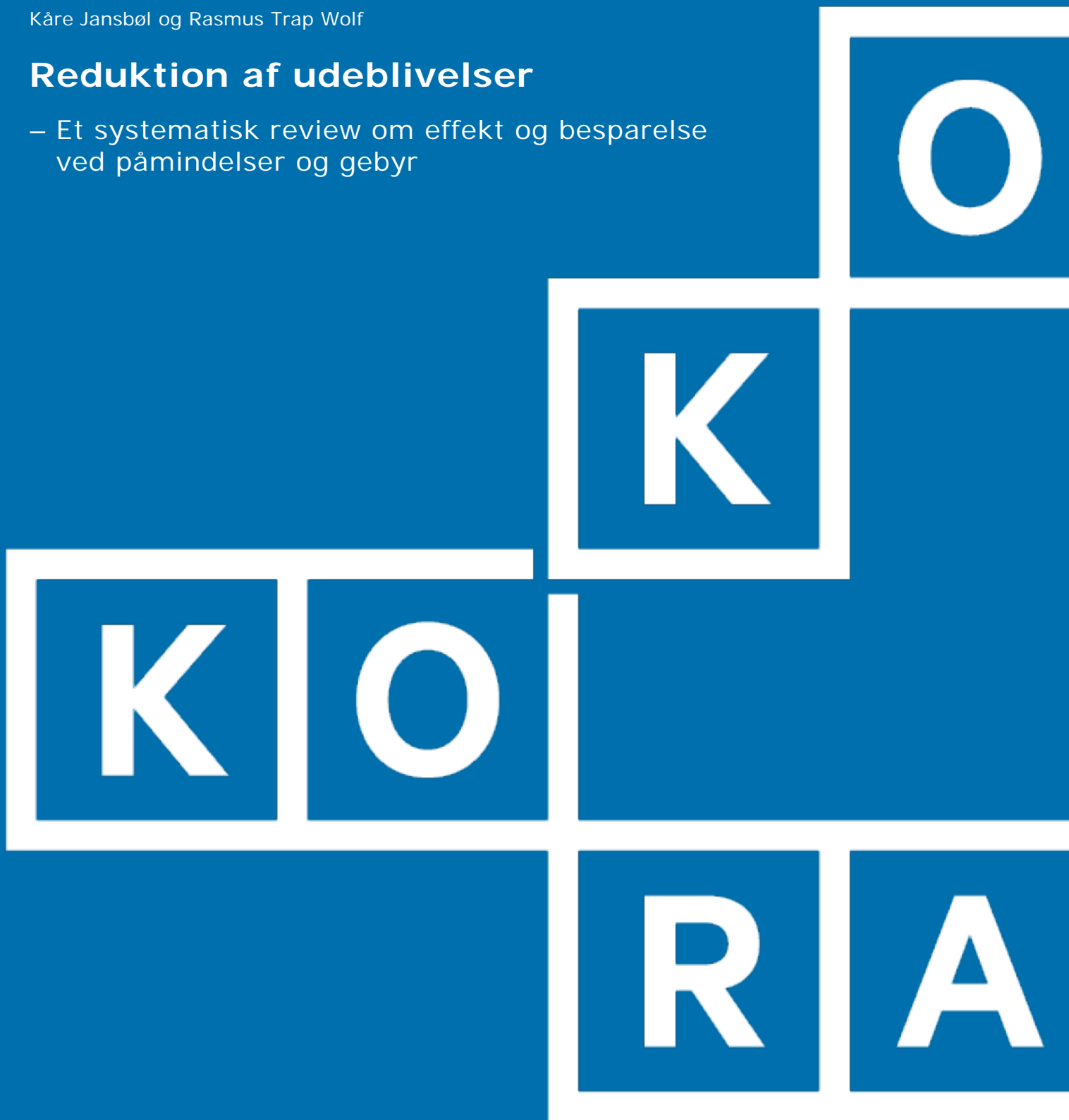


Kåre Jansbøl og Rasmus Trap Wolf

Reduktion af udeblivelser

– Et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr



Reduktion af udeblivelser – Et systematisk review om effekt og besparelse ved påmindelser og gebyr

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-983-2
Projekt: 10879

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Der er stor forsknings- og samfundsmæssig fokus på at reducere patienters udeblivelser fra aftaler med sundhedsvæsenet. Den mest benyttede metode nationalt og internationalt er påmindelser til patienterne. En anden mindre benyttet metode er at pålægge udeblevne et gebyr. I dette systematiske review beskriver og analyserer vi international forskningsbaseret litteratur om udeblivelser. På baggrund af litteraturen beskriver vi omfanget af udeblivelser i Danmark; hvilke forhold, der påvirker udeblivelser; i hvor høj grad påmindelser og gebyr har effekt på udeblivelser; omkostningseffektiviteten af påmindelser og gebyr; samt patienters oplevelser af at blive pålagt gebyr på udeblivelser.

Undersøgelsen udføres for Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet. Det systematiske review er en del af en samlet undersøgelse af et forsøg med gebyr på udeblivelser. Forsøget foregår på henholdsvis Radiologisk Afsnit, Regionshospitalet Silkeborg og Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg. Den samlede undersøgelse udføres i samarbejde mellem KORA og DEFAKTUM.

Rapporten er finansieret af Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet og Social- og Indenrigsministeriet.

Kåre Jansbøl
Juni 2016

Indhold

1	Baggrund	6
1.1	Formål.....	6
2	Metode	7
2.1	Kriterier for inklusion af studier.....	7
2.1.1	Typer af studier.....	7
2.2	Type deltagere	7
2.3	Typer intervention.....	7
2.3.1	Typer kontrolgruppe	7
2.3.2	Effektmaal	7
2.4	Søgning.....	7
2.5	Data udvælgelse og analyse	8
2.5.1	Udvælgelse af studier til alle fem spørgsmål	8
2.5.2	Udvælgelse og kvalitetsvurdering af studier til hvert af de fem spørgsmål	8
3	Omfang af udeblivelser i Danmark	11
3.1	Datagrundlag	11
3.2	Resultater	11
3.2.1	Internationale udeblivelsesrater.....	12
3.3	Opsummering og diskussion	12
3.3.1	Opsummering	12
3.3.2	Diskussion.....	13
4	Forhold, der påvirker udeblivelser.....	14
4.1	Datagrundlag	14
4.2	Resultater	15
4.2.1	Patientkarakteristika	15
4.2.2	Forhold relateret til sundhedsvæsenet	17
4.2.3	Patienters forklaringer af deres udeblivelser	19
4.3	Opsamling og diskussion	19
4.3.1	Opsamling	19
4.3.2	Diskussion og konklusion.....	20
5	Effekterne af indsatser til at nedbringe patienters udeblivelser	21
5.1	Datagrundlag	21
5.1.1	Vores data om påmindelser.....	21
5.1.2	Studier omhandlende gebyr	22
5.2	Resultater	23
5.2.1	Beskrivelser af påmindelser	23
5.2.2	Effekten af påmindelser.....	24
5.2.3	Effekten af gebyr på udeblivelser	26
5.2.4	Opsamling og diskussion	27

6	Omkostningseffektivitet	29
6.1	Datagrundlag	29
6.2	Resultater	29
6.2.1	SMS	30
6.2.2	Opkald	30
6.2.3	Omkostningseffektivitet for opkald i forhold til SMS	31
6.2.4	Omkostningseffektivitet for gebyr ved udeblivelse	31
6.3	Opsamling og diskussion	32
7	Patienters oplevelse af risikoen for at blive pålagt gebyr ved udeblivelser	33
7.1	Datagrundlag	33
7.1.1	Resultater	33
7.1.2	Diskussion	33
8	Konklusion	35
8.1	Udeblivelsesrater	35
8.2	Årsager til udeblivelser	35
8.3	Effekterne af påmindelser og gebyrer	36
8.4	Omkostningseffektivitet	36
8.5	Patientoplevelser	37
	Litteratur	38
Bilag 1	Søgeprotokol	44
Bilag 2	Inkluderede studier	49
	Review	49
	RCT-studier	51
	Andre typer effektstudier	52
	Deskriptive studier	53
Bilag 3	Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	54
	Review bedømt med AMSTAR	54
	RCT-studier bedømt med Cochranes Risk of Bias	55
	Andre typer effektstudier bedømt med Cochranes ACROBAT	55

1 Baggrund

Nærværende rapport undersøger den videnskabelige litteratur om effekter og økonomiske virkninger af indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet. Vi har fundet studier som omhandler to forskellige indsatser, nemlig påmindelser og gebyr.

Der er tre årsager til, at udeblivelser bør nedbringes mest muligt. Dels kan udeblivelser mindske kvaliteten af sundhedsvæsenets arbejde. Det sker, når en patients diagnosticering eller behandling forværres af patientens udeblivelse. Det sker ligeledes, når en patients udeblivelse forlænger ventetiden for andre patienter, som derfor må vente på diagnosticering eller behandling. Dels mindsker udeblivelser sundhedsvæsenets effektivitet. Det sker, når medarbejdere og/eller materielle ressourcer ikke udnyttes optimalt grundet udeblevne patienter. Udeblivelser kan desuden være et irritationsmoment for andre patienter og sundhedspersonalet. Det sker, når udeblivelserne opfattes som sjuks og manglende respekt for de fælles skattefinansierede goder, som behandling på hospitaler i Danmark hovedsageligt er.

Påmindelser anvendes hyppigt i et forsøg på at nedbringe antallet af udeblivelser. Påmindelser defineres i denne rapport som systematiserede forsøg på at påminde patienter om aftaler, som patienterne har indgået med sundhedsvæsenet. Påmindelser indbefatter således ikke bestræbelser på under aftaleindgåelse at hjælpe patienten til at huske aftalen. Heri indgår heller ikke påmindelser om at booke aftaler, som endnu ikke er indgået, fx i forbindelse med screening.

Nærværende rapport har et særligt fokus på gebyr som middel til at nedbringe udeblivelser. Gebyr på udeblivelser fra aftaler med sundhedsvæsenet er ikke en almindeligt anvendt metode til at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet, hverken i Danmark eller i udlandet.

1.1 Formål

Formålet med undersøgelsen er at anvende dansk og international litteratur til at svare på følgende spørgsmål:

1. *Hvor stort er omfanget af udeblivelser fra ambulante behandlinger i Danmark?*
2. *Hvilke forhold påvirker udeblivelser fra ambulante behandlinger?*
3. *Hvilke indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet er afprøvet og hvad er effekterne af de afprøvede indsatser?*
4. *Er interventionerne omkostningseffektive?*
5. *Hvordan oplever og anerkender patienterne risikoen for at blive pålagt et gebyr for udeblivelse?*

2 Metode

2.1 Kriterier for inklusion af studier

Studierne skulle give litteraturfund til besvarelse af fem forskellige spørgsmål. Inklusions- og eksklusionskriterierne afspejlede derfor den bredde, som ligger i de fem spørgsmål.

2.1.1 Typer af studier

Følgende type studier blev inkluderet: randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), cluster-randomiserede forsøg, case-control studier, kohortestudier, kvalitative forsøg, casestudier, før-og-efter studier, kvasi-randomiserede forsøg, reviews og meta-analyser.

2.2 Type deltagere

Alle patienter med en aftale til ambulant besøg blev inkluderet. Vi ekskluderede studier, der omhandler behandling i almen praksis, behandling ved tandlæge og behandling af psykiske lidelser. Denne eksklusion beskrives nærmere i afsnit 2.5.

2.3 Typer intervention

Alle interventioner, som eksplicit forsøger at øge fremmødet eller mindske udeblivelser, blev inkluderet.

2.3.1 Typer kontrolgruppe

Alle typer af kontrolgrupper blev inkluderet.

2.3.2 Effektmål

Effektmålene var:

- Udeblivelsesraten
- Prisen for udeblivelser
- Omkostningseffektiviteten af interventionerne
- Forhold, som påvirker udeblivelsesraten
- Patienters oplevelser med gebyr for udeblivelser

2.4 Søgning

Søgning efter forskningsbaserede artikler blev foretaget af KORAs bibliotekar. Søgningen gav 1805 fund. Søgning vedhæftes som bilag 1. Hånd søgning gav yderligere tre studier (Giuffrida & Torgerson 1997, Lesaca 1995, Roberts, Callanan & Tubridy 2011).

Vi søgte i følgende litteraturlister: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PsycInfo, PubMed, EconLit, CRD-databaser, Embase, CINAHL, samt Internet/Google.

Tidsmæssigt var der ingen afgrænsning på søgningen.

Sprog afgrænsedes til engelsk, dansk, svensk og norsk.

Søgetermer indbefattede: Appointments and Schedules, Reminder Systems, Fees and Charges, Patient Dropouts, Patient Compliance, Hospitals, Ambulatory Care, Cost-Benefit Analysis, Reminder Systems/organization and administration.

2.5 Data udvælgelse og analyse

2.5.1 Udvalgelse af studier til alle fem spørgsmål

To reviewere udvalgte uafhængigt af hinanden studierne til alle fem spørgsmål. Udvalgelsen skete på baggrund af læsning af abstract og titel for de 1805 fundne artikler. Uenigheder mellem reviewerne blev afklaret gennem diskussion. Udvalgelsen resulterede i inklusion af 276 artikler.

Ud fra genlæsning af abstrakt og titel kodede vi de 276 artikler for 'Population', 'Intervention' og 'Metode'. For 'Population' benyttede vi følgende koder: Somatisk, HIV, Psykiatri, Børn, Misbrug, Hjemløse, Tandlæge. For 'Intervention' benyttede vi koderne: Sms, Telefon, Mail, Brev, Aktiv involvering af patient vedr. aftale, Tidspunkt for aftalen, Økonomisk incitament samt Diverse (bl.a. kombinationer af indsatser). For 'Metode' benyttede vi koderne: Review, RCT, Anden kvantitativ metode, Andet.

For at sikre størst mulige sammenlignelighed, ekskluderedes studier, som tager udgangspunkt i følgende populationer: HIV-patienter, psykiatripatienter, hjemløse, misbrugere samt tandlægepatienter og patienter hos almen praksis. Disse populationer vurderes at ligge for langt fra studiespørgsmålet til, at det vil være retvisende at inkludere dem. Patienterne i de inkluderede studier *kan* være HIV-patienter, psykiatripatienter, hjemløse eller misbrugere, *hvis* HIV, psykiatri, hjemløshed eller misbrug ikke er undersøgelsens primære problemstilling.

Begrundelsen for at ekskludere studier omhandlende tandlæge og almen praksis er, at vores fokus er på ambulante patienter på sygehuse, hvilket i en dansk sammenhæng ekskluderer tandlægers og alment praktiserende lægers patienter. Samtidig er almen praksis og tandlæger i Danmark selvstændige virksomheder, hvorfor de er mindre relevante i denne undersøgelse, som primært retter sig mod beslutningstagere inden for det offentlige sundhedsvæsen.

Efter denne eksklusion havde vi 73 studier tilbage.

2.5.2 Udvalgelse og kvalitetsvurdering af studier til hvert af de fem spørgsmål

Vi fulgte en procedure, hvor et review uden væsentlige begrænsninger erstatter primærstudier, når primærstudiet er publiceret før litteratursøgningen, der ligger til grund for reviewet (Sundhedsstyrelsen [U.å.]). Primærstudier, der er nyere end det pågældende reviews litteratursøgning, inkluderes. Hvis der for et studiespørgsmål ikke findes review uden væsentlige begrænsninger, inkluderes alle identificerede primærstudier. Denne procedure anvender bl.a. Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer (ibid.).

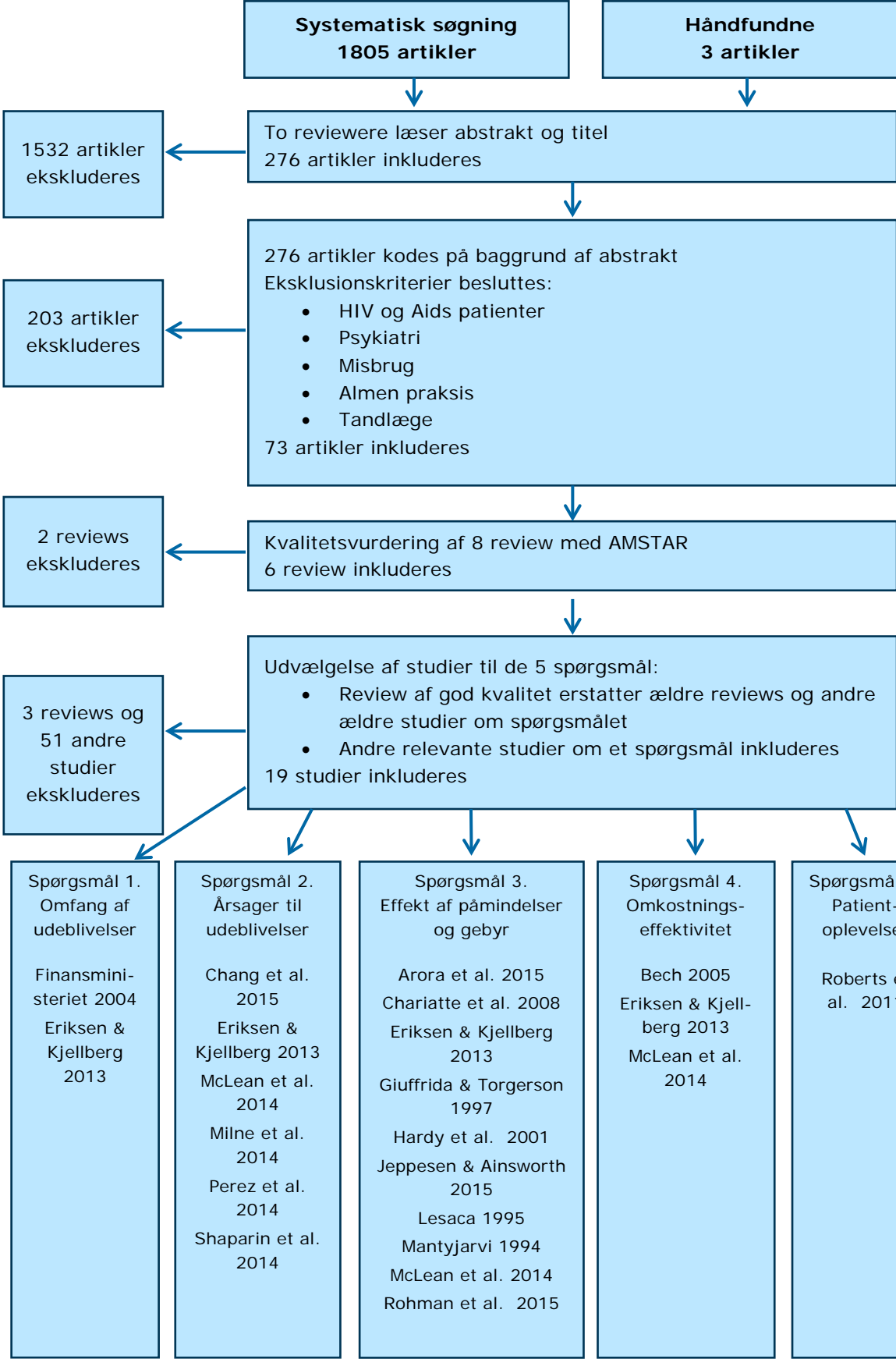
Vi indledte udvalgelsen til de enkelte spørgsmål med at kvalitetsvurdere vores otte reviews (Giuffrida & Torgerson 1997, Car et al. 2012, Guy et al. 2012, Hasvold & Wootton 2011, Henderson 2008, Liu et al. 2014, Eriksen & Kjellberg 2013). Til det formål anvendte vi

AMSTAR (Sheane et al. 2007, Prior, Guerin & Grimer-Somers 2008). AMSTAR indeholder 11 spørgsmål, som man under kvalitetsvurderingen af et review skal forholde sig til og afkrydse som henholdsvis 'Ja', 'Nej', 'Kan ikke besvares' og 'Ikke relevant'. AMSTAR anvendes bl.a. af Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer (Sundhedsstyrelsen 2015). De to reviewere vurderede uafhængigt af hinanden de inkluderede reviews og diskuterede sig til enighed om kvalitetsvurderingen. På baggrund af mange begrænsninger ifølge AMSTAR fravalgte vi tre reviews (Hasvold & Wootton 2011, Henderson 2008, Stubbs et al. 2012). De tilbageværende reviews opdelte vi på de forskellige spørgsmål og fravalgte tre ældre reviews (Car et al. 2012, Guy et al. 2012, Liu et al. 2014). Vi havde således inkluderet tre reviews (Giuffrida & Torgerson 1997, Eriksen & Kjellberg 2013, McLean et al. 2014).

Studier, som var nyere end de inkluderede reviews, og som omhandlede emnet for reviewet, blev inkluderet. Studier omhandlende spørgsmål, som ikke blev behandlet af nogle af de inkluderede reviews blev også inkluderet. Udvælgelsesprocessen medførte, at vi havde 19 inkluderede studier. Figur 1 viser udvælgelsesprocessen i et flowchart. Bilag 2 beskriver studierne og de primære data, som vi har trukket ud af dem.

De to reviewere kvalitetsvurderede uafhængigt af hinanden alle review, og primærstudier. Kvalitetsvurderinger findes i bilag 3.

Flowchart over in- og eksklusion af artikler



3 Omfang af udeblivelser i Danmark

Dette kapitel skal besvare, hvor mange udeblivelser der er i Danmark, samt hvordan udeblivelserne fordeler sig på specialer og på geografiske/administrative enheder.

Formål

Der er to særligt vigtige formål med at afklare omfanget af udeblivelser i Danmark:

Et formål med viden om udeblivelsernes omfang i Danmark er at kunne vurdere alvorligheden af problemet. Høj udeblivelsesfrekvens vil antyde et alvorligt problem, som der også vil være store fordele i at få løst. Lav udeblivelsesfrekvens antyder modsat relativt små fordele ved at sætte ind over for problemet.

Et andet formål med viden om udeblivelsernes omfang i Danmark er at præcisere og justere forventningerne til indsatser rettet mod nedbringelser af udeblivelser. Man må forvente, at høje udeblivelsesrater giver større muligheder for nedbringelser af udeblivelser end lave udeblivelsesrater.

3.1 Datagrundlag

Der findes en systematisk undersøgelse af omfanget af udeblivelser og aflysninger i Danmark fra 2003 udført af Finansministeriet (2004)¹. Undersøgelsen viser såvel ambulatoriebehandlinger som planlagte operationer med indlæggelse og er opgjort for de enkelte specialer og for de forskellige amter (tabel 3.1).

Udeblivelser for indlæggelse og ambulatorier opgøres ikke rutinemæssigt i Danmark. Hospitaler i seks af de 14 daværende amter registrerede i 2003 udeblivelser systematisk. Det er en begrænsning ved finansministeriets undersøgelse, at udeblivelser ikke opgøres for alle ambulatorier. Undersøgelsens resultater bliver dog understøttet af udsagn fra de amter/afdelinger, hvor der ikke har været foretaget en registrering, men hvor man har vurderet udeblivelsernes omfang til at være af en størrelsesorden, der ikke falder langt fra de registrerede tal.

Vi anvender endvidere en undersøgelse af engelske forhold (Department of Health 2012). I England registreres udeblivelser systematisk for ambulatorier. Undersøgelsen af engelske forhold er derfor af god kvalitet. Endelig anvender vi Bech (2005), som dels benytter den nævnte undersøgelse fra Finansministeriet, dels vurderer den internationale litteratur om udeblivelsers omfang.

3.2 Resultater

Undersøgelsen af de danske forhold i 2003 viser, at patienterne udebliver fra ca. 3-4 % af aftalerne med ambulatorierne (Finansministeriet et al. 2004). Tabel 3.1. viser en oversigt over udeblivelsesprocenterne på forskellige specialer i forskellige amter.

¹ Aviser skriver jævnligt om udeblivelser og videregiver i den forbindelse procentdelen af udeblivelser. Sådanne undersøgelser opfatter vi ikke som systematiske, og vi gengiver dem ikke her.

Tabel 3.1 Udeblivelser fra ambulatorieaftaler, fordelt på amter og specialer

Medicinsk område/Amt Tal i procent	HS	Frb. Amt	Fyens Amt	Roskilde Amt	Ringkøbing Amt	Vejle Amt
Gynækologi/obstetrik	1,9	3,9	6,7	0,7	1,5	4,7
Medicin	5,6	4,3	3,3	4,6	3,2	3,3
Neurologi	5,0	6,6	-	8,8	3,6	-
Ortopædi	4,5	3,2	5,0	-	1,5	4,0
Reumatologi	3,4	2,3	-	13,6	-	-
Røntgen	0,4	-	-	12,6	-	-
Øre, Næse, Hals	4,4	7,6	0,1	5,7	1,4	-
Øjenklinikken	3,0	2,3	-	2,9	1,0	-
Samlet	4,0	3,8	4,0	4,6 ²	2,2	2,95 ³

Gengivet efter (Finansministeriet et al. 2004)

Som det fremgår, er der udsving både mellem de forskellige specialer og mellem de forskellige amter⁴. I nogle amter er udeblivelsesraterne særligt høje inden for det gynækologiske område, i andre amter findes de største udeblivelsesrater inden for øre-, næse-, og halsspecialiet. Undersøgelsen understøtter ikke en konklusion om, at udeblivelser er systematisk hyppigere i nogle amter end i andre og heller ikke en hypotese om tydelige, systematiske forskelle mellem specialerne.

3.2.1 Internationale udeblivelsesrater

Sammenligner man Danmark med andre lande, ser det ifølge Bech (2005) ud til, at udeblivelsesfrekvenserne er lave i Danmark. Et ældre review støtter denne vurdering, idet det viser udeblivelsesrater på 12 % i England, 21 % i New Zealand og lidt højere udeblivelsesrater i USA (Macharia 1992). Et veludført og stort studie af udeblivelser i England fra det engelske Department of Health viser, at der i 2012 ud af 15 millioner årlige ambulante aftaler i England var omkring 1,5 million udeblivelser, altså en udeblivelsesprocent på omkring 10 % (Department of Health 2012).

3.3 Opsummering og diskussion

3.3.1 Opsummering

Undersøgelsen finder, at den gennemsnitlige udeblivelsesrate i Danmark lå på ca. 3-4 % i 2003. Vi ved ikke, om udeblivelsesraten er ændret siden da. Da vi ikke har andre data, antager vi, at udeblivelsesraterne er omtrent de samme nu som i 2003. De medicinske specialer ser ud til at have omtrent lige høje udeblivelsesrater – omvendt sagt; ingen af specialerne har markant højere udeblivelsesrater end andre. Der kan heller ikke dokumenteres store forskelle mellem geografiske/administrative områder. De danske udeblivelsesrater på 3-4 % er betydeligt lavere end udeblivelsesrater i England på omkring 10 %. Andre lande som New Zealand og USA har endnu højere udeblivelsesrater end England.

² Den gennemsnitlige udeblivelsesprocent er en del lavere, end det fremgår af tabellen, idet nogle af de specialer, hvor Roskilde Amt har lave udeblivelsesprocenter, ikke er medtaget i tabellen.

³ Den gennemsnitlige udeblivelsesprocent er en del lavere, end det fremgår af tabellen, idet nogle af de specialer, hvor Vejle Amt har lave udeblivelsesprocenter, ikke er medtaget i tabellen.

⁴ Det er ikke opgjort, om resultaterne er signifikante.

3.3.2 Diskussion

I forhold til kapitlets to formål, viser undersøgelsen følgende:

Hvor alvorligt et problem er udeblivelser i Danmark?

Man kan ikke ud fra vores undersøgelse afgøre, om nationale udeblivelsesrater på 3-4 % og relativt beskedne udsving mellem specialer og geografiske/administrative områder udgør et klinisk, organisatorisk, patientoplevet eller et økonomisk problem. For at afgøre dette, må man konkret undersøge konsekvenserne af udeblivelser for kliniske forhold, organisatoriske forhold, patientoplevelser og for økonomiske forhold. Litteraturundersøgelsen kan derimod afgøre, at udeblivelsesraten er relativt lav, og at der ikke ser ud til at være særlige specialer eller geografiske/administrative områder, hvor udeblivelsesraten er væsentligt højere end gennemsnittet.

Hvilke forventninger skal vi have til indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i Danmark?

Omfanget af udeblivelserne sætter et naturligt loft for, hvor meget man kan vinde på at ned-sætte udeblivelser. Potentialet i Danmark er således maksimalt 3-4 % i gennemsnit og sandsynligvis betydeligt lavere i gennemsnit. Samtidig er der en nedre grænse for, hvor få udeblivelser, man kan komme ned på. Denne nedre grænse er givetvis højere end nul og sandsynligvis lavere end 3-4 %. Men man må forvente, at vi med udeblivelsesrater på 3-4 % ligger tæt på den nedre grænse, og at vi kun i begrænset omfang kan opnå fordele af indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser.

4 Forhold, der påvirker udeblivelser

I dette kapitel beskriver vi litteraturens fund angående forhold, der påvirker udeblivelsesraten for aftaler med sundhedsvæsenet.

Litteraturen undersøger følgende forhold:

- Patientkarakteristika
 - Demografisk og sociale forhold – alder, køn, fattigdom og etnicitet
 - Sundhedsrelaterede forhold – patientens lidelse, alvorligheden af patientens lidelse, misbrug og komorbiditet
 - Patienters tidligere adfærd i forbindelse med aftaler med sundhedsvæsenet
- Forhold relateret til sundhedsvæsenet
 - Forskelle mellem de forskellige henvisende institutioner (fx almen praksis eller hospital)
 - Timingen af aftalen på dagen og på ugen
 - Ventetiden mellem aftaleindgåelse og aftale
 - Patientinvolvering
 - Om aftalen er den første aftale i et behandlingsforløb eller om aftalen er en senere aftale i et behandlingsforløb

Derudover undersøger litteraturen:

- Patienternes oplevelser af, hvad der får dem til at udeblive. Patienternes forklaringer lapper i nogen grad over forhold relateret til patientkarakteristika og til sundhedsvæsenet.

Formål

Formålet med at beskrive forhold, der påvirker udeblivelsesraterne, er at forbedre forståelsen af årsagerne bag udeblivelser. Dermed forbedres forståelsen af, hvorfor indsatserne har de effekter, de har. En øget forståelse af, hvad der påvirker udeblivelser, og hvorfor indsatserne har eller ikke har effekter, vil hjælpe os til at afklare fordele og ulemper ved de forskellige indsatser rettet mod nedbringelse af udeblivelser.

4.1 Datagrundlag

Vores primære kilde til dette kapitel er reviewet af McLean et al. (2014). Reviewet er nyt og behandler omhyggeligt dette kapitels spørgsmål. McLean et al. anlægger et 'realistisk perspektiv' (Pawson 2011), som inkluderer en betydeligt bredere vifte af studietyper, end man gør i meta-analyser (Higgins & Green 2008). I denne forbindelse, hvor vi undersøger forhold, som påvirker udeblivelsesraten, er det realistiske perspektiv det mest hensigtsmæssige. Med et realistisk perspektiv kan man se på en række forskellige forhold, hvilket man ikke kan med meta-analyser, hvor undersøgelsen derimod skal fokusere snævert på præcist definerede og derfor sammenlignelige forhold (Higgins & Green 2008). Heri ligger samtidig, at vi ikke kan eller vil rapportere aggregerede data på målingerne af de forhold, som har sammenhæng med udeblivelsesrater.

Kapitlet benytter også fire primærstudier (Chang, Sewell & Day 2015, Milne, Kearns & Harrison 2014, Perez et al. 2014, Shaparin et al. 2014). Studierne er nyere end McLean et al.'s

(2014), og vi anvender dem til at kvalificere resultaterne fra McLean et al. Studierne er ikke kvalitetsvurderet, da der ikke eksisterer alment anerkendte metoder til kvalitetsvurdering af deskriptive studier.

4.2 Resultater

4.2.1 Patientkarakteristika

Alder

Der er indikation for, at der for voksne er sammenhæng mellem alder og udeblivelser, således at ældre udebliver mindre end yngre (McLean et al. 2014). Sammenhængen er uklar for børn og unge (ibid.).

Flere studier viser, at yngre voksne patienter udebliver hyppigere end ældre voksne patienter, og ingen studier viser det modsatte (McLean et al. 2014). Et studie af Parikh et al. (2010) undersøger 10 ambulatorier i USA og viser med lineære regressionsmodeller, at den absolutte udeblivelsesrate falder med 2,4 % ($p < 0,0001$) for hvert ekstra år. Et studie af almen praksis i USA viser, at udeblivelsesraten falder med alderen, således at ældre personer møder op 1,18 gange hyppigere end 10 år yngre personer (Moore, Wilson-Witherspoon & Probst 2001).

En forklaring på sammenhængen mellem alder og udeblivelser for voksne kan være, at ældre har flere aftaler med sundhedsvæsenet end yngre, hvorfor de kan have etableret bedre rutiner for at overholde deres aftaler. Ældre kan også have bedre tid end yngre. En anden forklaring kan være, at lidelserne for yngre og ældre er forskellige. Ældres lidelser er sandsynligvis oftere af mere blivende karakter end yngres lidelser. Hvis ældres lidelser sjældnere heles af sig selv end yngres lidelser, vil ældre oftere have gavn af at møde op til deres aftaler, end yngre har.

For børn og unge er sammenhængen mellem alder og udeblivelse uklar (McLean et al. 2014). Et nyt studie, som ikke indgår i McLean et al., undersøger udeblivelser på et børneambulatorium i Californien, USA (Perez et al. 2014). 284.275 patienter indgår i studiet, som forløber over fem år. Studiet viser, at udeblivelsesraten for børn under 12 år er 2,08 gange højere, end den er for 21-30-årige patienter, og at udeblivelsesraten for børn mellem 13-20 år er 1,92 gange højere, end den er for 21-30-årige patienter. Sammenhængen mellem alder og udeblivelser er således i dette studie den samme, som den er for voksne, idet øget alder medfører fald i udeblivelser.

Køn

Sammenhænge mellem køn og udeblivelser er uklare (McLean et al. 2014).

Nogle studier viser, at mænd har flere udeblivelser end kvinder (Moore, Wilson-Witherspoon & Probst 2001, Hamilton et al. 2002, Hon, Leung & Ma 2002), to studier viser, at kvinder har flere udeblivelser end mænd (Can, Macfarlane & O'Brien 2003, Waller & Hodgkin 2000), og andre studier viser modsat, at der ikke er forskelle mellem mænds og kvinders udeblivelsesrater (Sims et al. Feb 2012, Bos, Hoogstraten & Prah-Andersen 2005).

Da køn spiller meget forskellige roller i forskellige sammenhænge, er det ikke så overraskende, at undersøgelser af patienter i forskellige sammenhænge finder varierende udeblivelsesrater for mænd og kvinder.

Socioøkonomiske forhold

Der er svag, men ret konsistent dokumentation for, at dårligere socioøkonomiske forhold øger udeblivelsesraten (McLean et al. 2014). En grund til, at dokumentationen er svag, er, at socioøkonomiske forhold måles på mange forskellige måder, hvorfor de forskellige fund ikke umiddelbart kan aggregeres. Grunden til, at dokumentationen er ret konsistent, er, at tendenserne på tværs af de forskellige målemetoder oftest er den samme, nemlig at mennesker fra dårligere socioøkonomiske forhold har højere udeblivelsesrater end mennesker fra bedre socioøkonomiske forhold.

Flertallet af studier, hvor socioøkonomiske forhold fastsættes på individuelt niveau – gennem rangordning af patienternes beskæftigelse, uddannelse, økonomi eller indeksering af beskæftigelse, uddannelse og økonomi – viser, at mennesker fra dårligere socioøkonomiske forhold udebliver mere end mennesker fra bedre socioøkonomiske forhold. Det samme gælder for flertallet af studier, hvor socioøkonomiske forhold fastsættes ud fra de områder, patienterne bor i (McLean et al. 2014).

De relativt få studier, som finder, at der ikke er forskel mellem mennesker fra forskellige socioøkonomiske forhold kendetegnes ved at være små studier eller ved, at populationen er så ensartet angående socioøkonomiske forhold, at man ikke kan forvente betydningsfulde forskelle (McLean et al. 2014).

Der er forslået flere forklaringer af sammenhængen mellem socioøkonomiske forhold og udeblivelser. Et forslag er, at mennesker fra dårligere socioøkonomiske forhold har vanskeligere ved at få de praktiske forhold relateret til fremmøde til at fungere. De praktiske forhold kan bl.a. inkludere børnepasning, fleksibilitet på arbejdet og besvær med transport. En anden forklaring angår kommunikationen mellem sundhedsvæsen og patient. Mennesker fra dårligere socioøkonomiske forhold kan således have vanskeligere ved at få adgang til internet og computer, eller de kan have vanskeligere ved at anvende computer til booking, eller de kan have vanskeligere ved at gøre deres behov og ønsker forståelige for sundhedsvæsenet.

Etnicitet

Ser man på tværs af studier af sammenhænge mellem etnicitet og udeblivelser, ser man ikke et entydigt billede (McLean et al. 2014). Dette skyldes bl.a. vanskeligheder med at operationalisere begrebet. Etnicitet er således stærkt afhængigt af kontekst, idet grupper, som et sted er etnisk (minoritet), andre steder kan være en majoritet. Etnicitet kan også bestå af forskellige variable som sprog, religion og status i forhold til migration. Dette ser man eksempelvis i et nyere studie af faktorer, som disponerer for udeblivelse på en newzealandsk reumatologisk klinik (Milne, Kearns & Harrison 2014). Studiet viser, at næst efter alder er etnicitet det kendetegn, der bedst forudser udeblivelser. Pacifik stammefolk – som er lokalbefolkningen på New Zealand – udebliver således 1,3 gange så meget som newzealandske europæere, og maorier udebliver 1,6 gange så meget som newzealændere af europæisk oprindelse. Imidlertid er der et stærkt sammenfald mellem etnicitet, fattigdom og oplevet racisme i New Zealand (Milne, Kearns & Harrison 2014). I New Zealand opfanger etnicitet sandsynligvis andre forhold som fattigdom og sprogvanskeligheder. I New Zealand kan der derfor være en sammenhæng mellem etnicitet og udeblivelser. Derimod kan vi ikke ud fra dette studie sige, om noget tilsvarende vil gøre sig gældende i Danmark.

Etnicitet er endvidere ikke særligt velundersøgt i studier uden for USA (McLean et al. 2014).

Misbrug og psykisk sygdom

McLeans studie viser, at der sandsynligvis er sammenhæng mellem misbrug og udeblivelser, samt at der ligeledes sandsynligvis er sammenhæng mellem psykisk sygdom og udeblivelser

(McLean et al. 2014). Et nyere studie, som ikke indgår i McLean et al., bestyrker denne vurdering, idet studiet viser, at misbrugere og mennesker med psykiatriske problemstillinger har betydeligt højere udeblivelsesrater end ikke-misbrugere og mennesker uden psykiatriske diagnoser (Chang, Sewell & Day 2015). Der er således rimelig dokumentation for, at misbrugere og psykisk syge har noget højere udeblivelsesrater end ikke-misbrugere og ikke-psykisk syge.

Den vigtigste forklaring af sammenhængen mellem misbrug, psykisk sygdom og udeblivelser er sandsynligvis komorbiditet. Misbrug og psykisk sygdom disponerer for hinanden, og disponerer også for somatiske sygdomme, fattigdom og hjemløshed. Samtidig forstærker misbrug flere af psykiatriske patienters problemstillinger, ligesom psykiatriske problemstillinger forstærker flere af misbrugernes problemstillinger.

Komorbiditet af misbrug, psykisk sygdom og sociale problemstillinger

Der er indikation for, at mennesker med misbrug og/eller psykiske lidelser har en højere hyppighed af udeblivelser end ikke-misbrugere og ikke-psykiske patienter. Men der er ikke dokumentation for, at mennesker med komorbiditet af misbrug og psykisk sygdom samt fattigdom, kan forklare udeblivelser for alle patienter (McLean et al. 2014).

Lidelseernes sværhedsgrad

Resultaterne angående sammenhæng mellem lidelseernes sværhedsgrad og udeblivelser peger i flere retninger. Nogle studier viser, at mennesker med svære lidelser udebliver mere end mennesker med lettere lidelser, hvorimod andre studier viser det modsatte, og andre studier igen finder ingen forskel (McLean et al. 2014).

En forklaring på, at svært syge hyppigere udebliver end lettere syge, kan være, at svært syge kan have mange aftaler med mange forskellige afdelinger, hvorfor det kan være vanskeligt for de svært syge at holde styr på og overholde deres aftaler. En forklaring på, at let syge udebliver hyppigere end svært syge, kan være, at let syge oftere ikke har noget stærkt behov for at gå til behandling, hvorfor de kan have større tendens til at glemme aftalen.

Mennesker med tendens til at udeblive

Man har undersøgt hypotesen om, at nogle mennesker har tendens til at udeblive gentagne gange. Eksempelvis viser et studie, som er udført efter McLeans review, at patienter, som tidligere er udeblevet fra aftaler i sundhedsvæsenet, i signifikant grad udebliver mere end patienter, som ikke tidligere er udeblevet fra aftaler med sundhedsvæsenet (Chang, Sewell & Day 2015). McLean et al. finder imidlertid, at denne sammenhæng ikke påvises i alle studier, hvorfor man ikke har belæg for hypotesen (McLean et al. 2014).

4.2.2 Forhold relateret til sundhedsvæsenet

Forskelle mellem hyppigheden af udeblivelser for patienter henvist af forskellige instanser

Der er få studier af, om udeblivelsesraten hænger sammen med de henvisende instanser – egen læge, hospital og akutafdelinger (McLean et al. 2014). Studierne giver ingen entydige svar på, om henvisninger fra den ene, anden eller tredje instans medfører flere eller færre udeblivelser.

Tidsafstand mellem aftaleindgåelse og aftale

Der er stærk og ret konsistent dokumentation for en sammenhæng mellem udeblivelsesraten og afstanden i tid mellem aftaleindgåelse og aftale. Længere tidsrum mellem aftaleindgåelse og aftale øger hyppigheden for udeblivelser (McLean et al. 2014).

En forklaring af denne sammenhæng kan være glemsomhed, som formodentlig øges, desto længere tid, der er til aftalen. En anden forklaring kan være, at patienternes lidelser sandsynligvis plager dem mindre eller slet ikke, når der er gået længere tid, hvorfor patienter vil have færre incitamentter til at overholde aftalen.

Tidspunkt på dagen og ugen

Tre studier finder ingen forskelle mellem udeblivelsesrater for forskellige tidspunkter på dagen, hvorimod to studier finder, at der er flere udeblivelser fra eftermiddagsaftaler end for morgenaftaler (McLean et al. 2014). Man kan således ikke sige noget sikkert angående sammenhænge mellem udeblivelser og tidspunktet på dagen.

Undersøgelser af forskelle mellem udeblivelsesrater i forhold til ugedage viser modsatrettede resultater (McLean et al. 2014), hvorfor man heller ikke her kan sige noget sikkert.

Patientinvolvering i forbindelse med aftaleindgåelse

Der er indikation for en positiv sammenhæng mellem aftaleoverholdelse og patienters muligheder for at bestemme tidspunkt og dato for aftalen (McLean et al. 2014).

Der er flere mulige forklaringer af denne sammenhæng. For det første kan aftalen passe patienten bedre, hvorfor patienten kan have bedre muligheder for at overholde aftalen. For det andet kan patienter være bedre til at huske aftaler, som de selv har indgået. For det tredje kan patienter føle sig mere forpligtet til at overholde aftaler, når de selv har indgået aftalen.

Første aftale sammenlignet med senere aftaler

Der er få studier af forskelle i udeblivelsesrater for første aftale sammenlignet med senere aftaler. Studiernes resultater peger ifølge McLean et al. i forskellige retninger (McLean et al. 2014).

Adgang til sundhedsudbyderen

Der er udført en del kvalitative og kvantitative undersøgelser af sammenhænge mellem udeblivelser og adgangen til sundhedsudbyderen, herunder også parkeringsmuligheder. Undersøgelsesresultaterne er tvetydige og giver i sig selv ingen klare svar på, hvilken placering der er den bedste for et ambulatorium for at nedsætte udeblivelser. McLean et al. (2014) foreslår som en praktisk tommelfingerregel, at sundhedsudbyderen bør overveje, om de i aftaleindkaldelser og påmindelsen kan inkludere oplysninger, som hjælper patienterne til at finde vej til sundhedsudbyderen.

Flere studier undersøger, hvordan udeblivelsesraten hænger sammen med afstanden mellem patienternes hjem og ambulatoriet. Et nyt studie, som ikke indgår i McLean et al. (2014), viser, at patienter med mere end 80 km til og fra ambulatoriet, udebliver hyppigere end patienter med kortere rejse til og fra ambulatoriet (Perez et al. 2014). Et andet nyt studie, som heller ikke indgår i McLean et al. finder, at mennesker med 8-16 km til ambulatorium udebliver mest (Shaparin et al. 2014). Et studie, som indgår i McLean et al. angår alkoholbehandling (Booth & Bennett 2004). Studiet skelner mellem fire afstande og viser, at patienter, som bor meget tæt på ambulatoriet, møder hyppigere frem end andre patienter. Studiet viser også, at det ikke gør nogen forskel for udeblivelsesfrekvensen, om patienter bor lidt længere væk, meget længere væk eller længst væk fra ambulatoriet.

4.2.3 Patienters forklaringer af deres udeblivelser

Når patienter bliver spurgt om årsagerne til deres udeblivelser, giver de mange forskellige svar. Det hyppigste svar er "glemsomhed". Andelen af udeblivelser, som skyldes "glemsomhed" kan opgøres til mellem 8 og 45 % (French, McGrane & Cooke 2005). Derudover peger patienterne på, at følgende forhold har medført, at de er udeblevet:

- Forhold relateret til **svagt helbred**. Patienterne føler sig altså for syge til, at de kan møde op til aftalen (Horstmann et al. 2010). Herunder hører alvorligt syge patienter med flere samtidige behandlingsforløb (Leong et al. 2006, Sawyer, Zalan & Bond 2002), patienter, som føler angst, og patienter med andre helbredsproblemer, som patienterne vurderer som alvorligere end det, som aftalen angår.
- Forhold relateret til **praktiske forhold**. Herunder hører at have flere aftaler i sundhedsvæsenet (Leong et al. 2006, Hogan et al. 2008), at have svært ved at kunne komme frem (parkering, kø, transportmuligheder) (Campbell et al. 2000, van Baar et al. 2006, Halpern et al. 2006), at have arbejdsopgaver, som ikke kan lægges på andre tidspunkter (Horstmann et al. 2010), at have sovet over sig (Campbell et al. 2000), at have andre bekymringer (Hussain-Gambles et al. 2004).
- Forhold relateret til **administrative fejl og fejl i kommunikationen med afdelingen**. Herunder hører misforståelser angående aftale og diverse administrative fejl fra sundhedsvæsenets side (Halpern et al. 2006).
- **Økonomiske årsager** (Campbell et al. 2000). Patienter angiver, at de ikke har råd til transport, børnepasning, mistet indtægt eller lignende.
- **Patienternes opfattelse af manglende gavn af behandlingen**: Herunder hører frygt for at møde inkompetent behandler (Murdock et al. 2002), manglende forståelse for behandlingens nødvendighed (Maxwell et al. Nov 2001), eller at patienten ikke længere føler behov for at møde op til aftalen (Sawyer, Zalan & Bond 2002, Kitcheman et al. 2008, Sawyer et al. 2011.).

4.3 Opsamling og diskussion

4.3.1 Opsamling

Der er indikation for, at der er sammenhænge mellem visse forhold og udeblivelsesrater, men for mange forhold gælder, at dokumentationen er uklar og peger i forskellige retninger. Nogle studier finder således signifikante sammenhænge mellem nogle forhold og udeblivelsesrater, hvor andre studier finder signifikante sammenhænge mellem andre forhold og udeblivelsesrater. Pointen illustreres af de fire primærstudier, som vi i dette kapitel bruger som supplement til reviewet af McLean et al. Det ene studie finder signifikans for tidligere udeblivelser, aktivt misbrug og stort medicinsk forbrug af opiater (Chang, Sewell & Day 2015), det andet studie finder signifikans for alder, etnicitet og tid mellem aftaleindgåelse og aftalen (Milne, Kearns & Harrison 2014), det tredje studie finder signifikans for spansk-talende i USA og 8-16 km mellem hjem og ambulatorium (Shaparin et al. 2014), og det sidste studie finder signifikans for alder, hvem aftalen er indgået med, tidspunkt på året, tidspunkt på dagen, første aftale frem for efterfølgende aftaler, længere end 80 km mellem hjem og ambulatorium, typen af sundhedsforsikring, samt om der er behov for tolkning (Perez et al. 2014).

Opsamlende kan man sige, at der angående patientkarakteristika er relativt klar dokumentation for sammenhæng mellem patienters alder, socioøkonomiske forhold, misbrug, psykisk sygdom, komorbiditet af diverse sygdomme og sociale problemer og udeblivelsesrater. Yngre

voksne, fattigere, misbrugere og psykisk syge udebliver således i flere studier oftere end andre. Derimod er der ikke dokumentation for sammenhænge mellem køn, etnicitet, lidelsernes sværhedsgrad eller tidligere udeblivelser og udeblivelsesrate.

Angående forhold relateret til sundhedsvæsenet er der god dokumentation for, at nogle patienter ikke modtager deres mødeindkaldelser eller påmindelser om mødeindkaldelser. Der er stærk dokumentation for sammenhæng mellem lang tid mellem aftaleindgåelse og aftale og udeblivelsesrate. Der er svag dokumentation for, at patienter, der får mulighed for at påvirke aftaletidspunktet, udebliver mindre end patienter, der ikke får denne mulighed. Derimod er der ikke dokumentation for sammenhænge mellem den instans, der henviser til aftalen, tidspunktet på dagen eller ugen, første aftale sammenlignet med opfølgende aftaler og udeblivelsesraten. Der er uklarhed om, hvordan afstanden mellem hjem og ambulatorium hænger sammen med udeblivelsesraten.

Patienterne fortæller selv, at deres udeblivelser skyldes forglemmelse, svagt helbred, praktiske forhold, administrative fejl, misinformation, økonomiske forhold, frygt for behandlingen, samt at de ikke (længere) oplever behandlingen som relevant.

4.3.2 Diskussion og konklusion

Formålet med at beskrive forhold, der påvirker udeblivelsesraterne, var at forbedre forståelsen af årsagerne bag udeblivelser samt at forbedre forståelsen for, hvorfor indsatserne har de effekter, som de har. Af ovenstående ser man, at årsagerne til udeblivelser er komplekse og kan relateres til en række forskellige forhold. Vi kan derfor ikke sige noget meget håndfast om, hvilke forhold der påvirker udeblivelser. De uklare sammenhænge gør, at fremtidige studier med fordel vil kunne tilrettelægges med henblik på at klarlægge, hvorvidt der i Danmark er tale om systematiske forskelle i patientkarakteristika mellem de patienter, der udebliver, og de patienter, der ikke udebliver fra ambulante aftaler.

5 Effekterne af indsatser til at nedbringe patienters udeblivelser

I dette kapitel vurderer vi effekterne af indsatser rettet mod at nedbringe patienters udeblivelser fra aftaler med ambulatorier.

Vi har fundet to typer af indsatser rettet mod nedbringelse af udeblivelser, nemlig påmindelser og gebyr. Påmindelser kan udformes og sammensættes på forskellige måder. Vi skelner mellem *simple påmindelser* – hvor patienten modtager en besked om at huske aftalen, og hvor besøget foregår – og *påmindelser-plus* – hvor patienten modtager en besked, der ud over tid og sted for aftalen indeholder supplerende oplysninger.

Formål

Formålet med kapitlet er at vurdere effekterne af afprøvede indsatser rettet mod nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet.

5.1 Datagrundlag

Kapitlet er ligesom det ovenstående primært baseret på McLean et al. (2014).

Nedenfor beskriver vi vores data og dens kvalitet for henholdsvis påmindelser og gebyr.

5.1.1 Vores data om påmindelser

Vi vurderer kvaliteten af McLean et al.'s rapport (2014) til at være stærk i forhold til effektspørgsmålet. Forfatterne har ikke aggregeret data, men det bør man heller ikke gøre, hvis data ikke er egnede til det (Higgins & Green 2008). Forfatterne vurderer, at heterogeniteten i forbindelse med påmindelser er så stor, at aggregering næppe er meningsfuld i forhold til en besvarelse af, om påmindelser har effekt. De få eksisterende studier, hvor man har aggregeret data, har en specifik målgruppe og en specifik teknologi. Disse studier giver viden om denne specifikke målgruppe med denne specifikke teknologi. Men samtidig bliver det vanskeligt at overføre studierne resultater til andre målgrupper med andre teknologier. Da McLean et al.'s fokus – som vores – generelt er på, om påmindelser har effekt, er det velbegrundet ikke at aggregere data.

McLean et al.'s inklusionskriterier for RCT-studier er, at de skal undersøge påmindelsessystemer for helbredsrelaterede aftaler med ambulante patienter og være publiceret på engelsk og være udgivet i år 2000 eller senere (McLean et al. 2014). Endvidere skal påmindelsen opfordre patienter til at møde til en tidligere indgået aftale. Studier, som undersøger påmindelser angående endnu ikke indgåede aftaler, blev ekskluderet. McLean et al.'s inklusionskriterier adskiller sig fra vores på to områder. Det ene område er psykisk syge og misbrugere, som McLean et al. (2014) inkluderer, og som vi ekskluderer. Det andet område er definitionen af ambulante patienter, hvor McLean et al. inkluderer alment praktiserende læger og tandlæger, hvilket vi ikke gør. Når vi anvender McLean et al.'s sammenfatninger, indgår psykisk syge, misbrugere, alment praktiserende læger og tandlæger i det samme omfang, som i McLean et al.'s sammenfatninger. Når vi vurderer det relevant for fortolkningen af resultaterne, omtaler vi, hvis resultaterne stammer fra studier inkluderende psykisk syge, misbrugere, alment praktiserende læger eller tandlæger.

McLean et al. (2014) bruger systematiske reviews, meta-analyser og RCT-studier til at besvare spørgsmål om effekterne af interventionerne. De beskriver tydeligt, hvorfra deres dokumentation for effekterne stammer. Reviews kvalitetsbedømmes af to uafhængige forskere med anvendelse af tjekliste fra Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Af de 11 fundne reviews ekskluderer McLean et al. tre på for ringe kvalitet. Kvalitetsforskelle mellem de øvrige reviews tager McLean et al. højde for i deres anvendelse og fortolkning af dem. Fire af reviewene er fra Cochrane og er af højeste kvalitet. Cochranes studier indeholder præcise meta-analyser af specifikke indsatsers effekter, men studierne har snævert fokus.

Kvaliteten af RCT-studier vurderer McLean et al. (2014) med Critical Appraisal Programme (CASP). RCT-effektstudier, som ikke levede op til minimumskrav blev ekskluderet. 31 RCT-studier levede op til kriterierne. Hovedparten af de inkluderede RCT-studier i McLean et al. undersøger automatiserede telefonpåmindelser (15/31) eller sms (12/31). Syv af de 31 RCT-studier undersøger personlige telefonopkald, 9 af 31 studier undersøger breve. I de fleste studier sammenlignes påmindelser med ingen påmindelse. Studierne anvender forskellige fremmøderelaterede effektmål, herunder fremmøde, aflysning, aftalefornyelse og patient tilfredshed. Studierne er udført i USA (10/31), UK (8/31), Australien (3/31), Kina (2/31), Malaysia (2/31), Canada (1/31), New Zealand (1/31), Holland (1/31), Portugal (1/31), Schweiz (1/31), Indien (1/31), Korea (1/31). Studierne foregår primært i ambulatorier, men da ambulante patienter også dækker over andet i mange lande, end det gør i Danmark, indgår studier af almen praksis og tandlæger også.

Vi benytter også to RCT-studier, som ikke indgår i McLean et al. (Arora et al. 2015, Youssef et al. 2014). Ingen af studierne har væsentlige metodiske begrænsninger (se bilag 3).

5.1.2 Studier omhandlende gebyr

Vore inklusionskriterier for studier om effekten af gebyr på udeblivelser er bredere end for de øvrige spørgsmål, idet vi inkluderer alle populationer og alle typer af sundhedsinstitutioner. Årsagen hertil er, at der findes meget få studier af effekten af gebyrer på udeblivelser, hvorfor vi ønsker at tage alle typer af studier i betragtning.

Vi har fundet tre kohorteundersøgelser af gebyr ved udeblivelser (Lesaca 1995, Chariatte et al. 2008, Mantyjärvi 1994). Derudover vil vi også nævne et review om effekten på udeblivelser af økonomiske incitamenter – altså gaver, penge, præmier (Giuffrida & Torgerson 1997).

De tre kohortestudier har ingen betydelige begrænsninger. Kohortestudier giver dog mindre stærk dokumentation end RCT-studier og er især sårbare over for confounding, hvor forhold uden for forsøget påvirker forsøget på uensartede måder. Chariatte er et schweizisk kohortestudie, der undersøger 3.577 patienters 32.816 konsultationer på et ungdomsambulatorium (Chariatte et al. 2008). Studiet undersøger en 8-årig periode fra 1999 til 2006, hvor der i de sidste to år pålægges et gebyr for patienter, der udebliver. En svaghed ved studiet er, at det ikke angiver størrelsen på gebyret og heller ikke angiver præcist, hvordan patienterne blev oplyst om, at de blev pålagt gebyr ved udeblivelser. Man må forvente, at gebyr kun får effekt, hvis patienterne er klar over, at der er risiko for gebyr. Derfor er det vigtigt at vide, hvordan patienterne bliver oplyst om gebyret. (Lesaca 1995) er et amerikansk kohortestudie fra et psykiatrisk ambulatorium i Pittsburgh. Tidsmæssigt dækker studiet perioden fra 1. januar 1992 til 30. juni 1993, hvor 506 patienter aftaler 8.807 konsultationer, hvoraf 1.142 udebliver. Denne periode er valgt for at opnå ni måneder inden interventionen og ni måneder med interventionen. Mantyjärvi (1994) er et finsk studie fra et ambulatorium for øjenlidelser. Studiet sammenligner udeblivelser for kontrolgruppen i en måned af 1992, hvor der var 1.837 konsultationer med udeblivelser for indsatsgruppen en tilsvarende måned i 1993, hvor der var 1.710 konsultationer. En svaghed ved studiet er, at det hverken beskriver størrelsen

på gebyret, eller hvordan man har oplyst patienterne om gebyret. Der kan være selektionsbias i alle tre studier, idet patienter, som ikke kan lide gebyret, kan vælge andre behandlinger eller vælge ikke at lade sig behandle.

Det systematiske review undersøger, om økonomiske incitament kan forbedre patienters compliance, herunder fremmøde (Giuffrida & Torgerson 1997). Studiet har nogle metodiske begrænsninger, og det inkluderer kun RCT-studier, som dog alle er relativt små. De økonomiske incitament, som undersøges, er imidlertid positive – gaver og penge for at følge behandlingen, herunder møde frem til aftaler – hvor vi er mest interesserede i gebyr, som er et negativt incitament.

5.2 Resultater

5.2.1 Beskrivelser af påmindelser

Påmindelser definerer vi som alle systematiserede forsøg på at påminde patienter om aftaler, som patienten har indgået med sundhedsvæsenet. Heri indgår ikke bestræbelser på under aftaleindgåelse at hjælpe patienten til at huske aftalen, fx ved nedskrivning af aftalen på papir. Heri indgår heller ikke påmindelser om at booke aftaler, som endnu ikke er indgået.

Studierne undersøger syv forskellige teknologier, som anvendes til at påminde patienter om aftaler. De syv teknologier er brev, personligt telefonopkald, automatiseret telefonopkald (Interactive Voice Response = IVR), sms, stemmebesked, e-mail og selvbooking. De syv teknologier kan kombineres.

Påmindelsesteknologier kan ifølge Coomes et al. (2012) varieres på tre forskellige parametre: Indholdet i påmindelsen kan varieres, frekvensen af påmindelserne kan varieres, og tidspunktet for påmindelsen/påmindelserne kan varieres.

Man kan således sammensætte påmindelser på mange forskellige måder. Dertil kommer, at personalet kan variere deres indsats for at lokalisere patienter med mangelfulde kontaktoplysninger, og at patienterne kan oplyses om ordningen på forskellige måder. Endelig kan der gælde særlige problemstillinger for specifikke populationer – fx kan påmindelser til aftaler med børn sendes til børnene såvel som til børnenes forældre eller værge.

To danske eksempler på påmindelsessystemer

Et dansk eksempel på et påmindelsessystem findes på Dermatologisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital (Carlsen et al. 2014). Her indførte man i 2012 et tilbud om påmindelse af planlagte konsultationer via sms. Tidspunktet for sms-påmindelsen var to dage før aftalen. Ordningen blev annonceret for alle ny-henviste i en folder vedlagt indkaldelsesbrevet til den første aftale. Den samme folder lå også fremme i afdelingens patientområde. Patienterne skulle selv tage initiativ til og praktisk gennemføre at tilmelde sig på www.borger.dk. Tilmeldingen var generel for sygehusene i Region Hovedstaden og altså ikke selektiv for en enkelt afdeling. Patienten skulle oplyse om ændringer af telefonnummer gennem www.borger.dk, idet ordningen ikke almindeligvis blev assisteret af sygehuspersonalet. Framelding fra ordningen skulle også udføres af patienten selv.

Et andet dansk eksempel på et påmindelsessystem findes på Kirurgisk Gastroenterologisk afdeling på Herlev Hospital, hvor man i 2013 indførte en intervention med telefonpåmindelse (Jeppesen & Ainsworth 2015). Personalet fik patienternes telefonnumre gennem et administrativt system over klinikkens patienter. Hvis nummeret til en patient ikke virkede, søgte personalet i offentlige opslagsværker efter patientens nye nummer. Personalet kontaktede

patienten en uge før aftalen. Ved kontakt med patienten kunne denne vælge at fastholde eller aflyse den indgåede aftale. Hvis der ikke blev opnået kontakt, efterlod personalet en besked på patientens private telefonssvarer. En telefonssvarer blev defineret som privat, når stemmebeskeden angav patientens navn.

5.2.2 Effekten af påmindelser

Effekten af simple påmindelser

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at simple påmindelser, som oplyser om tid og sted for en aftale, nedsætter antallet af udeblivelser (McLean et al. 2014).

En meta-analyse finder, at patienter, som modtager sms-påmindelse i sammenligning med patienter, som ikke modtager påmindelse, møder op 1,06 gang oftere (RR 1,06, 95% CI 1,05-1,07) (Free et al. 2013). En anden meta-analyse finder, at patienter, som modtager sms-påmindelse i sammenligning med patienter, som ikke modtager påmindelser, møder op 1.10 gang oftere (RR 1,10, 95 % CI 1,03-1,17) (Car et al. 2012). To RCT-studier, som er for nye til at indgå i McLean et al., finder også, at simple påmindelser mindsker udeblivelser (Arora et al. 2015, Youssef et al. 2014). Begge studier er designet således, at interventionsgruppen modtager tre sms-påmindelser, og kontrolgruppen modtager ingen påmindelse. Begge studier finder, at patienter, som modtager sms-påmindelser, udebliver signifikant mindre end patienter, som ikke modtager påmindelser.

De forskellige teknologiers effekt

De forskellige teknologier – brev, personligt telefonopkald, IVR, sms, stemmebesked, e-mail og selvbooking – ser ikke ud til at give signifikant forskellige effekter. En meta-analyse sammenligner påmindelser via sms med andre påmindelser og finder ingen signifikante forskelle i mødefrekvensen (RR, 0,98, 95 % CI 0,94-1,02) (Free et al. 2013). En anden meta-analyse sammenligner sms-påmindelser og telefonpåmindelser og finder heller ingen forskelle angående mødefrekvens (RR 0,99, 95 % CI 0,95-1,03) (Car et al. 2012). Stubbs et al. (2012) vurderer i deres review ligeledes, at telefon, mail eller tekst/sms alle har en moderat effekt. Og Hasvold og Wootton (2011) finder også i deres review, at påmindelser via telefon, brev, eller tale med personerne in persona øger fremmøde omtrent lige meget.

Effekten af påmindelse-plus

Der er svag men konsistent dokumentation for, at påmindelse-plus, som – ud over oplysninger om tid og sted – giver oplysninger om at finde vej, helbredsoplysninger, tilbagemeldinger eller lignende, er mere effektive end simple påmindelser (McLean et al. 2014).

Et Cochrane-review viser på baggrund af et studie med 120 deltagere, at et brev med anvisninger til at finde vej gav marginalt færre udeblivelser end et brev uden anvisninger til at finde vej (Reda, Rowett & Makhoul 2001). Resultatet er dog ikke statistisk signifikant (RR 1,6, 95 % CI 0,9-2,9).

Et systematisk review antyder, at påmindelse-plus i tre studier har signifikant bedre effekt end simple påmindelser (Henderson 2008). De tre påmindelses-plus interventioner er henholdsvis brevpåmindelse, som lover patienten en belønning ved fremmøde, brevpåmindelse, som truer med, at patienten vil ryge bagest i ventelisten ved udeblivelse, samt kort og anvisning til at finde vej.

Et studie, som ikke indgår i McLean et al.'s rapport (2014), undersøger effekten på udeblivelse fra et diabetesambulatorium af en kompleks udgave af påmindelse-plus (Hardy, O'Brien & Furlong 2001). I denne påmindelse-plus sendte ambulatoriet ca. tre-fire måneder før aftalen

den henvisning, ambulatoriet havde fået på patienten, til patienten. To uger før aftalen sendte ambulatoriet patienten et brev med informationer om tid, sted for aftalen samt beskrivelse af, hvad der skulle foregå på mødet, og hvem det skulle foregå med. Brevet indeholdt også kontaktoplysninger, således at patienten ville kunne melde afbud eller ændre aftalen. En uge før mødet telefonerede ambulatoriet til patienten og mindede om mødet. Resultaterne fra studiet viser, at 4,6 % udeblev i interventionsgruppen mod 15,0 %, som udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).

Der er således konsistent dokumentation for, at påmindelse-plus kan være mere effektive end simple påmindelser. Men da der er ret få studier, er dokumentationen svag.

Timing af udsendelse påmindelse

Der er stærk konsistent dokumentation for ensartet effekt af udsendelse af påmindelser i en til syv dage før aftalen (McClean et al.).

En meta-analyse (Hasvold & Wootton 2011) med 29 studier med påmindelser via telefon, sms eller automatiseret telefon viser, at der ikke var signifikante forskelle for sammenhængen mellem påmindelser og udeblivelser for påmindelser udsendt inden for en til syv dage før aftalen (Spearman's rank-order correlation $r=0,18$). I et RCT-studie sammenlignede man IVR-systemer tre og syv dage før mødetidspunktet med et telefonopkald af sygeplejerske syv dage før mødetidspunktet og fandt heller ingen signifikante forskelle (Griffin et al. 2011).

Påmindelser og ændringer af aftaler

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at påmindelser øger andelen af patienter, som ændrer eller aflyser deres aftaler (McClean et al. 2014). Teknologier, som giver patienten mulighed for direkte at ændre aftalen, øger sandsynligvis andelen af patienter, som ændrer deres aftale, mere end teknologier, som ikke giver denne mulighed. Når påmindelsen sendes meget sent – en eller to dage før aftalen – vil der sandsynligvis også være færre ændringer, end hvis påmindelsen sendes ud tidligere.

Der er stærk dokumentation fra RCT-studier for, at personligt telefonopkald vil øge andelen af patienter, som ændrer eller aflyser deres aftale (Parikh et al. 2010, Hashim, Franks & Fiscella 2001, Reti 2003)⁵. Parikh et al. (2010) sammenlignede telefonpåmindelse fra personale tre dage før aftalen, automatiseret telefonpåmindelse tre dage før aftalen og ingen påmindelse. Studiet fandt signifikant flere patienter, som ændrede eller aflyste aftaler ved personlig påmindelse end ved automatiseret påmindelse.

I en meta-analyse viser Free et al. (2013), at der ikke er statistisk signifikante forskelle i ændringer eller aflysninger af aftaler for patienter, som modtager sms-påmindelse i forhold til patienter, som ikke modtager påmindelse (RR 1,08, 95 % CI 0,89-1,30). (Taylor et al. 2012) kommer i et RCT-studie ligeledes frem til, at der ikke er signifikant forskel angående ændringer og aflysninger for patienter, der modtager påmindelse via sms og patienter, som ikke modtager påmindelse (OR 0,70, 95 % CI 0,47-1,05).

Sammenhænge mellem patienters karakteristika og påmindelsers effekt

Der er svag dokumentation for, at alder ikke påvirker effekten af påmindelser (McClean et al. 2014).

I en meta-analyse udfører Guy et al. (2012) subgruppeanalyse på alder og fandt ingen signifikante forskelle i effekten af påmindelser på forskellige aldersgrupper.

⁵ Hashim et al. (2001) og Reti (2003) angår henholdsvis tandlægepatienter og psykiatriske patienter og gengives derfor ikke her.

Øvrige patientkarakteristika er ikke undersøgt godt nok, til at man kan sige noget om sammenhænge mellem patientkarakteristika og effekten af påmindelser (McLean et al. 2014). Årsagen til dette er relateret til studiedesignet, idet studier af effekten af påmindelser ikke systematisk har målt patientkarakteristika som køn, fattigdom, arbejdsløshed, misbrug, etnicitet, psykiske sygdomme, somatiske sygdomme, helbredsstatus, diagnose eller sygdomsgrad.

Patienten modtager ikke påmindelsen

Der er solid og konsistent dokumentation for, at aftaler og påmindelser om aftaler ikke altid bliver modtaget af patienterne (McLean et al. 2014).

I en engelsk sammenhæng kan man forvente, at telefonpåmindelser vil blive modtaget af 30-60% af patienterne. Syv RCT-studier undersøger telefonpåmindelser og har alle den samme opfølgingsstrategi, hvor patienten forsøges kontaktet op til tre gange, før patientkontakten opgives (Leong et al. 2006, Reti 2003, Roberts, Meade & Partridge 2007, Chen et al. 2008a).

Et retrospektivt audit rapporterer, at 2-3 % af patienterne, som ambulatoriet havde sendt sms-påmindelser til, ikke havde modtaget sms-påmindelsen på grund af indtastningsfejl (Graghty et al. 2008). Et kohortestudie rapporterer, at 0,4 % af patienterne henvendte sig til ambulatoriet, idet patienterne angav ikke at have modtaget påmindelsen (Downer et al. 2006).

5.2.3 Effekten af gebyr på udeblivelser

Vi finder tre empiriske undersøgelser af gebyr ved udeblivelser (Lesaca 1995, Chariatte et al. 2008, Mantyjärvi 1994). Derudover findes der et systematisk review af effekten på udeblivelser af positive økonomiske incitamenter (Giuffrida & Torgerson 1997).

Lesaca undersøger effekten af at indføre et gebyr på 30 dollars for udeblivelser fra et psykiatrisk ambulatorium i Pittsburgh (1995). Forsøgsperioden er på 18 måneder, de første ni måneder fungerer som kontrol for de følgende ni måneder med intervention. Ud af de 506 patienter med samlet 8.807 konsultationsaftaler i forsøgsperioden, valgte man at fokusere på de 69 patienter, der benyttede ambulatoriet mest – defineret som patienter med mindst 12 besøg over studieperioden – og som havde mindst to udeblivelser i studieperioden. Udeblivelser blev defineret som tilfælde, hvor en aftale hverken blev ændret eller aflyst, og hvor der ikke var fremmøde i løbet af dagen for mødet. Alle patienter blev informeret om gebyret. Udeblevne patienter fik opkrævning tilsendt med brev to uger efter udeblivelser.

Af de 69 inkluderede patienter var 22 mænd og 47 kvinder. Patienterne var fra 20 til 69 år med et gennemsnit på 38 år. Den almindeligste betalingsmetode var en form for sygesikring (80 %) fulgt af egenbetaling eller tredje parts betaling. Studiet viser, at der var signifikant færre udeblivelser efter interventionen (9,27 %) end før (20,10 %). Effekten var jævnt fordelt og skyldtes altså ikke køn, betalingsmetode eller diagnose.

Et finsk kohortestudie på et oftamologisk ambulatorium sammenlignede udeblivelser i en måned af 1992, hvor der ikke var noget gebyr, med udeblivelser i en måned af 1993, hvor patienterne blev pålagt et gebyr ved udeblivelser. Studiet viser, at der i 1992 var 1.837 patienter, af hvilke 127 udeblev, og at der i 1993 var 1.710 patienter hvoraf 114 udeblev fra deres aftale. Der er således en mindre reduktion af udeblivelser i perioden efter indførelse af gebyr, men reduktionen er ikke signifikant. Studiet kan heller ikke finde signifikante ændringer fra før til efter indførelsen af gebyr ved at måle separat på kvinder og mænd. Studiet

konkluderer, at deres studie "ikke støtter teorien om, at en bøde vil nedbringe andelen af udeblevne patienter"⁶.

Chariatte et al. (2008) undersøger effekten af at indføre et gebyr på udeblivelser for patienter på børneambulatorium i Lausanne, Schweiz. Patienterne er fra 12 til 20 år gamle. Kohortestudiet forløbet over otte år, hvor de første seks år fungerer som kontrol for de sidste to år med intervention. Interventionen består af et gebyr, men publikationen nævner ikke størrelsen på dette gebyr. En patient er udeblevet, hvis patienten ikke melder afbud eller ændrer sin aftale før aftaletidspunktet.

I studieperioden blev 32.816 konsultationer for 3.577 patienter registreret (efter bortsortering af irrelevante konsultationer, som udgjorde 7,5 % af de samlede konsultationer). 82,4 % af patienterne er piger/kvinder. Studiet viser et signifikant øget antal aflysninger (8,4 % før interventionen mod 14,5 % efter; AOR 1,83, 99% CI 1,63-2,05). Men studiet viser ingen ændringer i antallet af udeblivelser (11,9 % før interventionen mod 11,6 % efter interventionen; AOR 0,96, 99 % CU 0,83-1,10).

Disse tre kohortestudier viser, at gebyr på udeblivelser sandsynligvis ikke har effekt i forhold til udeblivelsesraten. Konklusionen skyldes dels, at to af tre studier viser ingen effekt, dels at studiet, som viser effekt, har betydeligt færre deltagere end især det ene af de to studier, som viser ingen effekt. Dokumentationen er dog svag, da studiedesignet er kohortestudier, hvor resultaterne kan påvirkes af forhold, som ikke er en del af studiedesignet, fx politiske forhold, økonomiske kriser eller lignende.

Giuffrida og Torgerson undersøger i et systematisk review (1997), hvilken effekt økonomiske incitamenter har på patienters compliance med medicinering og overholdelse af aftaler. Studiet finder 11 RCT-studier, alle fra USA, og alle er relativt små studier. De økonomiske incitamenter er penge, lotterisedler, varekupon eller gaver. De fleste incitamenter svarer til omkring 5 dollars (studierne er fra 1976 til 1996). De fleste kontrolgrupper modtager ikke noget incitament og et mindretal af kontrolgrupperne påmindes om aftalen telefonisk, og en kontrolgruppe trues med, at deres barn vil blive placeret nederst på ventelisten ved udeblivelse.

Studiet viser, at i 10 ud af de 11 studier formindsker det økonomiske incitament udeblivelserne målt i forhold til kontrolgrupperne. Studiet, hvor kontrolgruppen blev truet med, at deres barn kom sidst på ventelisten ved udeblivelse, havde lavere udeblivelse end interventionsgruppen, som fik gave svarende til 10 dollars (i 1990).

Der er således ikke empirisk belæg for, at gebyr på udeblivelser sænker udeblivelsesraten.

5.2.4 Opsamling og diskussion

Opsamling

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at simple påmindelser – hvor patienten modtager en besked med tid og sted for den kommende aftale – nedsætter udeblivelser signifikant.

De identificerede studier finder, at effekten på udeblivelser af de forskellige teknologier – brev, personligt telefonopkald, IVR, sms, stemmebesked, e-mail og selvbooking – stort set er den samme.

⁶ I abstraktet fra Mantyjärvi (1994) fremgår kun tal for udeblivelser før og efter interventionen, hvorimod det ikke fremgår, at resultaterne ikke er signifikante. Det fremgår heller ikke af abstraktet, at forfatteren konkluderer, at gebyr ikke har effekt på udeblivelser. Dette kan måske forklare, hvorfor Bech (2005) og Eriksen og Kjellberg (2013) fejlagtigt anfører dette studie som støtte for hypotesen om, at gebyr nedbringer udeblivelser.

Der er svag, men konsistent dokumentation for at påmindelse-plus – hvor patienten modtager en besked med tid, sted samt vejvisning til ambulatoriet, helbredsoplysninger, oplysninger om sygdomsforløb, oplysninger om behandler eller lignende – kan forbedre fremmødet mere end simple påmindelser.

Påmindelser udsendt en til syv dage før aftalen har samme effekt.

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at påmindelser medfører flere ændringer og aflysninger af aftaler.

Sammenhængen mellem patienters karakteristika og effekten af påmindelser er ikke klar på baggrund af de identificerede studier. Der er dog svag dokumentation for, at der ikke er sammenhænge mellem effekten af udeblivelser og patienternes alder.

Flere studier finder, at nogle patienter ikke modtager påmindelsen.

Enkelte studier finder en svag tendens til, at gebyr på udeblivelser ikke nedsætter udeblivelser.

Der findes ingen undersøgelser af samtidig brug af gebyrer og påmindelser.

Diskussion

Ser man kun på effekten, er der ikke meget, der taler imod at anvende påmindelser på ambulatorier for at få færre patienter til at udeblive. Der kan dog være praktiske problemer med at få og vedligeholde patienternes kontaktoplysninger. Der kan også være problemer med det mindretal af patienter, som ikke har adgang til den teknologi, man anvender for påmindelsen. Endelig skal man være opmærksom på, at der i forvejen er lav udeblivelsesrate i Danmark. Måske skal man i mindre grad anskue påmindelser som et middel til at nedsætte udeblivelser og mere se påmindelser som en metode til at fastholde den eksisterende lave udeblivelsesprocent.

Der er svag dokumentation for, at gebyr på udeblivelser ikke sænker udeblivelsesraten. I en dansk sammenhæng, hvor der i forvejen er relativt få udeblivelser, kan man ikke forvente, at et gebyr vil sænke antallet af udeblivelser signifikant.

6 Omkostningseffektivitet

I dette kapitel vurderer vi omkostningseffektiviteten af indsatser rettet mod at nedbringe antallet af patienter, der udebliver fra aftaler ved ambulatorier. Et væsentligt problem med udeblivelser antages at være de økonomiske konsekvenser, som udeblivelserne medfører i kraft af spildt personaletid og ubrugt teknologisk udstyr. I dette kapitel undersøger vi, hvorvidt omkostningerne til påmindelser eller gebyrer samlet set er lavere end de omkostninger, som udeblivelser, der kan undgås herved, medfører.

Formål

Formålet med dette kapitel er at undersøge, hvorvidt indsatser rettet mod udeblivelse er omkostningseffektive. Vi undersøger, hvorvidt indsatserne er omkostningseffektive i forhold til ikke at gennemføre en indsats, og vi sammenligner de forskellige indsatseres omkostningseffektivitet i forhold til hinanden.

6.1 Datagrundlag

Kapitlet er en opfølgning på KORAs litteraturstudie af Eriksen og Kjellberg (2013). I vores kvalitetsvurdering med AMSTAR identificerede vi to potentielle problematikker i litteraturstudiet. Vi finder således, at der er en risiko for selektionsbias i og med udvælgelse og dataekstraktion blev udført af en enkelt person. Forfatterne har desuden ikke kvalitetsvurderet den inkluderede litteratur, hvilket medfører, at vi ikke kan være sikre på, at de rapporterede resultater stammer fra studier af god kvalitet. Samlet set svækker dette tiltroen til resultaterne.

McLean et al. (2014) behandler i deres review ligeledes spørgsmålet om omkostningseffektivitet. De anerkender dog, at de ikke foretager en egentlig økonomisk analyse. I vores kvalitetsvurdering med AMSTAR finder vi, at der er en risiko for bias, idet det er uklart, hvorvidt udvælgelse og dataekstraktion blev udført af en enkelt eller flere personer. McLean et al. har udført en kvalitetsvurdering af deres inkluderede litteratur og derfor er McLean et al. vores primære kilde. Vi har gennemgået Erikson og Kjellbergs inkluderede litteratur på området samt Bechs inkluderede litteratur på området og sikret os, at McLean et al. har forholdt sig til denne litteratur.

Endelig anvender vi Bech (2005), da forfatteren forholder sig specifikt til omkostningseffektiviteten ved gebyr på udeblivelser. Da der ikke er tale om en systematisk litteraturgennemgang, har vi valgt ikke at kvalitetsvurdere denne artikel.

Kapitlet benytter også to primærstudier (Jeppesen & Ainsworth 2015, Rohman, Maruswezki & Boyce Cam 2015), som er nyere end McLean et al. (2014) Vi anvender disse studier til at kvalificere resultaterne fra McLean et al. Studierne er kvalitetsvurderet med ACROBAT-NRSI, uden at vi har identificeret alvorlig risiko for bias.

6.2 Resultater

For at vurdere en indsats omkostningseffektivitet er det nødvendigt med præcise estimeringer af indsatsens effekt såvel som indsatsens omkostninger. Flere studier har estimeret effekterne af forskellige typer påmindelser forholdsvis grundigt jf. kapitel 5. Derimod mangler vi grundige omkostningsanalyser af de forskellige typer indsatser. Der findes således ikke

egentlige sundhedsøkonomiske evalueringer med gode studiedesign, som vil kunne give et solidt grundlag for besvarelse af spørgsmålet om omkostningseffektivitet (McLean et al. 2014). McLean et al. finder dog, at der er en række studier, der diskuterer omkostningerne ved forskellige indsatser og inkluderer nok information til at give et indblik i indsatsernes omkostningseffektivitet.

6.2.1 SMS

I flere studier, der finder effekt af sms-påmindelser, påpeger forfatterne, at de relativt lave omkostninger forbundet med en sms sammenholdt med effekten og de betydelige omkostninger ved udeblivelse må betyde, at interventioner med sms-påmindelser er omkostningseffektivt. Et engelsk studie (Milne, Horne & Torsney 2006) finder da også, at omkostninger ved indsats med sms-påmindelser er blot 7,50 engelske pund pr. reduceret udeblivelse, hvilket må formodes at være lavere end omkostninger ved udeblivelse ved de fleste ambulatorier. Et italiensk studie (Battistotti, Quaglini & Cuoco 2006) har estimeret de årlige udgifter ved et sms-påmindelsessystem, der skulle afsende 500 sms-påmindelse pr. dag, inklusive vedligeholdelse af systemet. De vurderer, at systemet vil koste omkring 35 euro pr. dag og sammenholder det med en gennemsnitlig omkostning på 20 euro pr. udeblivelse. Forfatterne konkluderer således, at systemet vil være omkostningseffektivt, hvis det kan reducere antallet af udeblivelser med to pr. 500 sms-påmindelser. Den relativt store effekt påvist i kapitel 5 sammenholdt med de relativt lave omkostninger ved sms-påmindelser antyder, at sms-påmindelser kan være omkostningseffektive for visse specialer. Om sms-påmindelsen faktisk er omkostningseffektiv, vil afhænge af omkostningerne ved udeblivelser på de specifikke specialer, hvor sms-påmindelsen anvendes.

Et nyere engelsk studie (Rohman, Maruswezki & Boyce Cam 2015), der ikke indgår i Mclean et al., finder, at sms-påmindelser nedbringer antallet af udeblivelser på et ortopædisk ambulatorium. For at vurdere, hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv, estimerer forfatterne omkostningerne for indsatsen i forhold til omkostningerne ved de udeblivelser, som de på grund af indsatsen vurderer at have undgået. De finder, at de over en toårig periode må have sparet omkring 18.000 engelske pund i kraft af indsatsen med sms-påmindelser. Dette fund understøtter således formodningen om, at sms-påmindelser er omkostningseffektive for visse specialer. Det gør sig dog også gældende for Rohman et al., at der er tale om grove upræcise estimeringer af omkostninger for såvel indsatsen som for udeblivelser.

6.2.2 Opkald

Der er få studier af omkostningseffektiviteten ved opkaldspåmindelser. McLean et al. identificerer dog to studier omhandlende omkostningseffektiviteten af manuelle opkaldspåmindelser. En afhandling fra Hongkong omhandlende et radiologisk ambulatorium finder, at der skal mellem 7 og 11 telefonpåmindelser til for at undgå en udeblivelse (Chiu 2005). Forfatteren vurderer, at omkostningerne for dette antal telefonpåmindelser er lavere end ambulatoriets omkostninger ved en udeblivelse. Et engelsk studie (Roberts, Meade & Partridge 2007) af et respiratorisk ambulatorium finder, at telefonpåmindelser er effektive i forhold til at nedbringe antallet af udeblivelser. Ud fra en grov estimering vurderer forfatterne, at én udeblivelse medfører de samme omkostninger som 200 påmindelsesopkald. Der er altså for begge studier tale om meget grove estimater, hvormed det er svært at vurdere den egentlige omkostningseffektivitet ved opkaldspåmindelser ud fra McLean et al.

Et nyt dansk studie fra Jeppesen og Ainsworth (2015), der ikke indgår i McLean et al. (2014), finder, at opkaldspåmindelser nedbringer antallet af udeblivelser på et gastroenterologisk ambulatorium. Forfatterne sammenholder omkostningerne ved opkaldspåmindelserne med de

DRG-takster, ambulatoriet går glip af som følge af udeblivelser, der kunne være undgået ved opkaldspåmindelser. De finder, at de pr. 1.000 aftaler med opkaldspåmindelser vil øge ambulatoriets indtjening med 47.250 kr. På trods af, at der også i dette studie er tale om grove estimater, støtter fundet dog en hypotese om, at opkaldspåmindelser er omkostningseffektive.

6.2.3 Omkostningseffektivitet for opkald i forhold til SMS

Enkelte studier inkluderer overvejelser om, hvorvidt sms-påmindelser er mere omkostningseffektive end opkaldspåmindelser. I forhold til dette har et systematisk review (Hasvold & Wootton 2011), der inkluderer 14 studier, fundet, at de gennemsnitlige omkostninger ved indsatser, der benytter sig af sms og automatiserede opkald, er 0,14 euro pr. påmindelse, mens omkostningerne ved påmindelser med ikke-automatiserede opkald er 0,90 euro pr. påmindelse. Givet at effekten af de to typer indsatser er ens, vil sms-påmindelser altså være mere omkostningseffektive. To studier fra Kina og Malaysia (Leong et al. 2006, Chen et al. 2008b) har undersøgt effekten af både opkalds- og sms-påmindelser samt omkostningerne ved at gennemføre indsatserne. De finder begge, at de to typer indsatser har den samme effekt på nedbringelsen af udeblivelser, og at indsatsen med sms-påmindelser koster mindre at gennemføre. Der er dog, som McLean et al. påpeger, ikke tale om egentlige sundhedsøkonomiske analyser med solide studiedesign. Eksempelvis tages der i studierne ikke højde for, at der ved opkaldspåmindelser kan være en mulighed for at aflyse og genbooke aftaler, som der ikke er ved sms-påmindelser. Denne mulighed kan have betydning for indsatsens samlede omkostningseffektivitet (Bech 2005).

På trods af, at flere studier indikerer, at sms-påmindelser er mere omkostningseffektive end opkaldspåmindelser, er det således ikke muligt at konkludere noget endeligt om, hvilken type indsats der er mest omkostningseffektiv.

6.2.4 Omkostningseffektivitet for gebyr ved udeblivelse

Der er ingen studier, som har undersøgt omkostningseffektiviteten af gebyr ved udeblivelse, og der er jf. kapitel 5 ligeledes meget sparsom litteratur omhandlende effekten af gebyr ved udeblivelse, og den litteratur, der forefindes, giver svag dokumentation for, at gebyr på udeblivelser ikke har effekt på udeblivelsesraten. Der findes heller ikke meget litteratur, der beskriver omkostningerne ved at indføre et sådant gebyr. En dansk rapport fra 2004 (Finansministeriet et al. 2004) behandler kort emnet og vurderer, at et opkrævningssystem vil kunne etableres relativt billigt med omkostninger på omkring 40 kroner pr. gebyr, der skal opkræves. 40 kroner er umiddelbart et lagt større beløb end de estimerede omkostninger ved opkalds- og sms-påmindelser, men disse omkostninger genereres for de patienter, der faktisk udebliver, og ikke for alle patienter som ved opkalds- og sms-påmindelser (Bech 2005). Beløbene skal derfor ikke sidestilles, men først sættes i forhold til henholdsvis antallet af udeblevne patienter for gebyr og det samlede antal af patienter ved påmindelser.

Ud over at estimere effekten af gebyr ved udeblivelse er det nødvendigt at undersøge de samlede omkostninger og indtægter ved gebyret for at kunne vurdere omkostningseffektiviteten. Der vil naturligvis være omkostningerne forbundet med både opkrævning og indbetaling af et gebyr, men der kan også være udgifter forbundet med at informere patienterne om gebyret. Derudover må det forventes, at der genereres en indtægt ved indbetaling af gebyr, om end denne indtægt vil være afhængig af antallet af gebyr, der faktisk bliver betalt og ikke blot af antallet af gebyr, der bliver udskrevet.

6.3 Opsamling og diskussion

Det er ikke muligt at konkludere noget endeligt om omkostningseffektiviteten af indsatser rettet mod udeblivelse. Dertil bygger den eksisterende litteratur på for upræcise estimater af omkostningerne forbundet med de forskellige indsatser. For at kunne vurdere omkostningseffektiviteten er der behov for, at der bliver gennemført egentlige sundhedsøkonomiske analyser med solide studiedesign.

De studier, der behandler omkostningseffektivitet, peger dog på, at både påmindelser via sms og opkald kan være omkostningseffektive. Herudover peger enkelte studier på, at sms-påmindelser kan være mere omkostningseffektive end opkaldspåmindelser. Denne hypotese bygger på en antagelse om, at effekter af de to typer indsatser er ens. Der tages dog, som nævnt, i studierne ikke højde for, at der ved opkaldspåmindelser kan være en mulighed for at aflyse og genbooke aftaler, som der ikke er ved sms-påmindelser. Det kan således ikke afgøres på baggrund af den eksisterende litteratur, hvorvidt opkalds- eller sms-påmindelser er mest omkostningseffektive.

Da gebyr ved udeblivelser ikke har vist sig at medføre færre udeblivelser, er gebyr ved udeblivelser heller ikke omkostningseffektiv. Før gebyr på udeblivelser eventuelt kan blive omkostningseffektiv, skal der udvikles en indsats, som har effekt. Effekten skal helst blive målt i studier med RCT-design.

Ud over omkostningerne ved en indsats er omkostningseffektiviteten afgjort af effekten ved indsatsen og omkostninger ved udeblivelse. Da såvel effekten af indsatsen som omkostninger ved udeblivelse må forventes at variere betragteligt mellem forskellige typer af ambulatorier, vil graden af omkostningseffektivitet selvfølgelig også variere fra et ambulatorium til et andet.

7 Patienters oplevelse af risikoen for at blive pålagt gebyr ved udeblivelser

I dette kapitel undersøger vi patienters oplevelser af og reaktioner på at blive et pålagt gebyr ved udeblivelser.

Formål

Formålet med at undersøge patienters oplevelser af at blive pålagt et gebyr på deres udeblivelser er, på vidende grundlag at kunne vurdere, om patienterne accepterer gebyr på udeblivelser, samt vurdere, om patienterne oplever andre problemer i forbindelse med gebyr ved udeblivelser. Hvis patienter er meget modvillige over for gebyr på udeblivelser, eller hvis de oplever andre problemer, vil det – alt andet lige – tale imod indførelse af gebyr på udeblivelser.

7.1 Datagrundlag

Vi har kun fundet et studie om patienters oplevelser ved at blive pålagt et gebyr for udeblivelser (Roberts, Callanan & Tubridy 2011). Studiet er et survey udsendt til ambulante patienter fra en neurologisk klinik i Dublin, Irland. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan patienterne forklarede deres udeblivelser. Survey tog under ti minutter at udfylde. Som del af undersøgelsen stillede man et hypotetisk spørgsmål angående gebyr. Man spurgte, om patienten, hvis han/hun var udeblevet fra en aftale, ville være villig til at betale ambulatoriet et gebyr. Patienten ville få gebyret refunderet, hvis patienten mødte op til den følgende aftale i ambulatoriet, hvorimod gebyret ville være tabt for patienten ved udeblivelse ved denne efterfølgende aftale.

Studiet har ingen betydelige metodiske begrænsninger, men spørgsmålet, som studiet besvarer, svarer kun delvist til det, vi er interesserede i at belyse. Vi ønsker således at belyse, hvordan patienter, som har oplevet at blive udsat for et gebyr, oplever dette. Omtalte studie undersøger ikke dette spørgsmål, men undersøger derimod et tænkt eksempel. Man kan således diskutere, i hvor høj grad studiet er relevant for vores spørgsmål.

7.1.1 Resultater

204 responderede på surveyet. Patienterne var fra 25-75 år med et gennemsnit på 31 år. 9,4 % var tidligere udeblevet fra en aftale med et ambulatorium. Den hyppigste årsag til udeblivelsen var forglemmelse. 55 % ville gerne modtage en påmindelse på sms, 19 % foretrak påmindelse med e-mail og 19 % foretrak påmindelse via telefon. 47 % var villige til at betale et gebyr under de foreslåede vilkår. Flertallet af respondenterne fandt, at 20 pund var et rimeligt gebyr.

7.1.2 Diskussion

Vi har kun fundet et studie angående patienters oplevelser af risikoen for at blive pålagt et gebyr. Studiet er endvidere ikke særligt stort, og det stiller patienterne et hypotetisk spørgsmål, som patienterne altså ikke kender til, men som patienterne derimod skal tænke sig til, hvad de ville opleve, hvis de blev udsat for situationen. Samtidig viser studiet ikke noget klart flertal blandt respondenterne for eller imod anvendelsen af gebyr. Halvdelen af respondenterne fandt, at gebyr var i orden, hvorimod den anden halvdel ikke fandt gebyr acceptable.

På baggrund af denne undersøgelse er det ikke muligt at sige noget bestemt om, hvordan patienter vil opleve risikoen for at få pålagt et gebyr på deres udeblivelser.

8 Konklusion

Rapporten anvender et systematisk litteraturreview til at besvare følgende spørgsmål:

1. *Hvor stort er omfanget af udeblivelser fra ambulante behandlinger i Danmark?*
2. *Hvilke forhold påvirker udeblivelser fra ambulante behandlinger?*
3. *Hvilke indsatser rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet er afprøvet, og hvad er effekterne af de afprøvede indsatser?*
4. *Er interventionerne omkostningseffektive?*
5. *Hvordan oplever og anerkender patienterne risikoen for at blive pålagt et gebyr for udeblivelse?*

8.1 Udeblivelsesrater

Undersøgelsen viser, at den gennemsnitlige udeblivelsesrate i Danmark lå på ca. 3-4 % i 2003. Der mangler nye landsdækkende undersøgelser af den nuværende udeblivelsesrate.

I studierne fra 2003 har de medicinske specialer omtrent lige høje udeblivelsesrater – omvendt: Ingen af specialerne har markant højere udeblivelsesrater end andre. Der kan heller ikke dokumenteres store forskelle mellem geografiske/administrative områder. De danske udeblivelsesrater på 3-4 % er betydeligt lavere end udeblivelsesrater i England på omkring 10 %. Andre lande som New Zealand og USA har sandsynligvis endnu højere udeblivelsesrater.

Når vi – under forudsætning af at resultaterne fra 2003 vil være omtrent de samme i dag – har så relativt lave udeblivelsesrater i Danmark, og når udeblivelsesraterne ikke er mere forskelligt fordelt på medicinske specialer eller geografiske områder, kan man næppe sænke udeblivelsesraterne radikalt i Danmark. Påmindelser og gebyr på udeblivelser skal derfor måske ikke så meget ansues som midler, der kan nedbringe udeblivelser afgørende, men derimod ansues som midler, der kan fastholde og måske marginalt forbedre den eksisterende lave udeblivelsesrate.

8.2 Årsager til udeblivelser

Ser man på årsagerne til, at patienter udebliver fra aftaler med sundhedsvæsenet, tegner de eksisterende studier ikke et entydigt billede. Udeblivelser ser ikke ud til at være forårsaget af et bestemt kendetegn ved patienter eller ved sundhedsvæsenet. Der er dog relativ klar dokumentation for, at ældre patienter udebliver mindre end yngre patienter, at mennesker tilhørende dårligere socioøkonomiske forhold udebliver mere end mennesker tilhørende højere socialklasse, og at mennesker med psykiske lidelser og/eller misbrug og/eller andre sociale problemer også udebliver mere end andre grupper. Der er solid dokumentation for, at lang tid mellem aftaleindgåelse og aftale forøger risikoen for udeblivelse. Der er svag dokumentation for, at patienter, der har mulighed for at påvirke deres mødetidspunkt, udebliver mindre end patienter, der ikke har denne mulighed.

Spørger man patienterne om, hvorfor de er udeblevet fra aftaler med sundhedsvæsenet, fortæller de fleste, at det skyldes forglemmelse. Andre forklaringer er svagt helbred, praktiske forhold, administrative fejl, misinformation, økonomiske forhold, frygt for behandlingen, samt at patienterne ikke (længere) oplever behandlingen som relevant.

Formålet med at beskrive forhold, der påvirker udeblivelsesraterne, var at forbedre forståelsen af årsagerne bag udeblivelser samt at forbedre forståelsen for, hvorfor indsatserne har de effekter, som de har. Af ovenstående ser man, at årsagerne til udeblivelser er komplekse og kan relateres til en række forskellige forhold. Det forekommer derfor ikke sandsynligt, at man kan udpege en enkelt eller nogle enkelte årsager til udeblivelser.

8.3 Effekterne af påmindelser og gebyrer

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at simple påmindelser – hvor patienten modtager en besked med tid og sted for den kommende aftale – nedsætter antallet af udeblivelser signifikant.

Der er god og konsistent dokumentation for, at effekten på udeblivelser af de forskellige teknologier – brev, personligt telefonopkald, IVR, sms, stemmebesked, e-mail og selvbooking – stort set er den samme.

Der er svag, men konsistent, dokumentation for, at påmindelse-plus – hvor patienten modtager en besked med tid, sted samt vejvisning til ambulatoriet, helbredsoplysninger, oplysninger om sygdomsforløb, oplysninger om behandler m.m. – kan forbedre fremmødet mere end simple påmindelser.

Der er stærk dokumentation for, at påmindelser udsendt en til syv dage før aftalen har samme effekt.

Der er stærk og konsistent dokumentation for, at påmindelser medfører flere ændringer og aflysninger af aftaler.

Der mangler studier af sammenhænge mellem patienters karakteristika og effekten af påmindelser. Der er dog svag dokumentation for, at der ikke er sammenhænge mellem effekten af påmindelser og patienternes alder.

Der er svag dokumentation for, at gebyr på udeblivelser ikke sænker antallet af udeblevne.

8.4 Omkostningseffektivitet

Den eksisterende litteratur er af for lav kvalitet til, at man kan sige noget sikkert vedrørende omkostningseffektiviteten af indsatser rettet mod udeblivelse.

De studier, der behandler omkostningseffektivitet, peger dog på, at både påmindelser med sms og opkald kan være omkostningseffektive. Herudover peger enkelte studier på, at sms-påmindelser kan være mere omkostningseffektive end opkaldspåmindelser. Denne hypotese bygger på, at de fundne effekter af de to typer indsatser er ens. Studierne tager ikke højde for, at patienter ved opkaldspåmindelser kan aflyse og genbooke aftaler, hvilket de ikke kan ved sms-påmindelser. Denne mulighed kan have betydning for indsatsens samlede omkostningseffektivitet (Bech 2005).

Den eksisterende litteratur om effekten af gebyr på udeblivelser er relativt svag, da den kun består af tre kohortestudier. Litteraturen viser, at gebyr på udeblivelser ikke nedsætter udeblivelsesfrekvensen, hvorfor gebyr på udeblivelser heller ikke kan være omkostningseffektiv.

For at kunne vurdere omkostningseffektiviteten er der behov for, at der bliver gennemført egentlige sundhedsøkonomiske analyser med solide studiedesign, gerne i Danmark.

8.5 Patientoplevelser

Der findes ikke nogle undersøgelser af, hvad patienter, som er blevet pålagt gebyr i forbindelse med udeblivelser, oplever. Der er dog et studie af, hvad patienter svarer på et spørgsmål om, hvad de ville synes om at blive pålagt et gebyr i en situation, hvor de er udeblevet fra en aftale, og hvor de vil få gebyret refunderet, hvis de møder op til den efterfølgende aftale (Roberts, Callanan & Tubridy 2011). Studiet viser, at halvdelen af de adspurgte finder et gebyr acceptabelt.

Litteratur

- Arora, S., Burner, E., Terp, S., Nok Lam, C., Nercisian, A., Bhatt, V. & Menchine, M. 2015, "Improving attendance at post-emergency department follow-up via automated text message appointment reminders: a randomized controlled trial", *Academic emergency medicine*, vol. 22, no. 1, pp. 31-37.
- Battistotti, A., Quaglini, S. & Cuoco, E. 2006, "Reducing dropouts in outpatient care through an SMS-based system", *Studies in health technology and informatics*, vol. 124, pp. 935-940.
- Bech, M. 2005, "The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees", *Health policy*, vol. 74, no. 2, pp. 181-191.
- Booth, P.G. & Bennett, H.E. 2004, "Factors associated with attendance for first appointments at an alcohol clinic and the effects of telephone prompting", *Journal of Substance Use*, vol. 9, no. 6, pp. 269-279.
- Bos, A., Hoogstraten, J. & Prah-Andersen, B. 2005, "Failed appointments in an orthodontic clinic", *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, vol. 127, no. 3, pp. 355-357.
- Campbell, J.D., Chez, R.A., Queen, T., Barcelo, A. & Patron, E. 2000, "The no-show rate in a high-risk obstetric clinic", *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, vol. 9, no. 8, pp. 891-895.
- Can, S., Macfarlane, T. & O'Brien, K.D. 2003, "The use of postal reminders to reduce non-attendance at an orthodontic clinic: a randomised controlled trial", *British dental journal*, vol. 195, no. 4, pp. 199-201; discussion 196.
- Car, J., Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V. & Atun, R. 2012, "Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 7, pp. CD007458.
- Carlsen, K.H., Eliassen, T.U., Carlsen, K.M. & Serup, J. 2014, "Sms-ordning kan nedsætte patientdeblivelser fra ambulante undersøgelser", *Ugeskrift for læger*, vol. 176, no. 14, pp. 2-4.
- Chang, J.T., Sewell, J.L. & Day, L.W. 2015, "Prevalence and predictors of patient no-shows to outpatient endoscopic procedures scheduled with anesthesia", *Gastroenterology*, vol. 148, no. 4 suppl. 1, pp. S-590.
- Chariatte, V., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. & Suris, J. 2008, "Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing", *Journal of Adolescent Health*, vol. 43, no. 1, pp. 38-45.
- Chen, Z., Fang, L., Chen, L. & Dai, H. 2008a, "Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial", *Zhejiang Univ Sci B*, vol. 9, no. 1, pp. 34-38.
- Chen, Z.W., Fang, L.Z., Chen, L.Y. & Dai, H.L. 2008b, "Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial", *Journal of Zhejiang University Science B*, vol. 9, no. 1, pp. 34-38.

- Chiu, S. 2005, *The Effect of Telephone Reminders on the Attendance for CT Scan: a Randomized Control Trial (Master thesis)*, The University of Hong Kong, Medical Science, Hong Kong.
- Coomes, C.M., Lewis, M.A., Uhrig, J.D., Furberg, R.D., Harris, J.L. & Bann, C.M. 2012, "Beyond reminders: a conceptual framework for using short message service to promote prevention and improve healthcare quality and clinical outcomes for people living with HIV", *AIDS Care*, vol. 24, no. 3, pp. 348-357.
- Department of Health 2012, Dec. 2012-last update, *Quarterly Activity Return - Quarter Ending December 2012*. Tilgået på:
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130402145952/http://media.dh.gov.uk/network/261/files/2012/07/qar-commentary-q3-201213-v2.pdf> [2015, 21. okt.].
- Downer, S.R., Meara, J.G., Da Costa, A.C. & Sethuraman, K. 2006, "SMS text messaging improves outpatient attendance", *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association*, vol. 30, no. 3, pp. 389-396.
- Eriksen, M., & Kjellberg, J. 2013, *Nedbringelse af udeblivelser i sundhedsvæsenet: internationalt litteraturstudie*, KORA, København.
- Finansministeriet, Justitsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet, Integrationsministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, *Rapport fra arbejdsgruppen vedr. betaling ved udeblivelse fra aftaler med det offentlige*, Finansministeriet, København.
- Free, C., Phillips, G., Watson, L., Galli, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V. & Haines, A. 2013, "The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis", *PLoS medicine*, vol. 10, no. 1, pp. e1001363.
- French, H., McGrane, E. & Cooke, G. 2005, "A prospective study of non-attendance to a physiotherapy outpatient department", *Physiotherapy Ireland*, vol. 26, pp. 16-22.
- Geraghty, M., Glynn, F., Amin, M. & Kinsella, J. 2008, "Patient mobile telephone 'text' reminder: a novel way to reduce non-attendance at the ENT out-patient clinic", *The Journal of laryngology and otology*, vol. 122, no. 3, pp. 296-298.
- Giuffrida, A. & Torgerson, D.J. 1997, "Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance", *BMJ (Clinical Research)*, vol. 315, no. 7110, pp. 703-707.
- Griffin, J.M., Hulbert, E.M., Vernon, S.W., Nelson, D., Hagel, E.M., Nugent, S., Baines Simon, A., Bangerter, A. & van Ryn, M. 2011, "Improving endoscopy completion: effectiveness of an interactive voice response system", *The American Journal of Managed Care*, vol. 17, no. 3, pp. 199-208.
- Guy, R., Hocking, J., Wand, H., Stott, S., Ali, H. & Kaldor, J. 2012, "How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review", *Health Services Research*, vol. 47, no. 2, pp. 614-632.
- Halpern, V., Grimes, D.A., Lopez, L. & Gallo, M.F. 2006, "Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods for contraception", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (1), no. 1, pp. CD004317.

- Hamilton, W., Luthra, M., Smith, T. & Evans, P. 2002, "Non-attendance in general practice: a questionnaire survey", *Primary Health Care Research and Development*, vol. 3, no. 4, pp. 226-30.
- Hardy, K.J., O'Brien, S.V. & Furlong, N.J. 2001, "Quality improvement report: Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 323, no. 7324, pp. 1298-1300.
- Hashim, M.J., Franks, P. & Fiscella, K. 2001, "Effectiveness of telephone reminders in improving rate of appointments kept at an outpatient clinic: a randomized controlled trial", *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, vol. 14, no. 3, pp. 193-196.
- Hasvold, P.E. & Wootton, R. 2011, "Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review", *Journal of telemedicine and telecare*, vol. 17, no. 7, pp. 358-364.
- Henderson, R. 2008, "Encouraging attendance at outpatient appointments: can we do more?", *Scottish medical journal*, vol. 53, no. 1, pp. 9-12.
- Higgins, J. & Green, S. 2008, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Wiley-Blackwell, Chichester, England; Hoboken, NJ.
- Hogan, A.M., McCormack, O., Traynor, O. & Winter, D.C. 2008, "Potential impact of text message reminders on non-attendance at outpatient clinics", *Irish journal of medical science*, vol. 177, no. 4, pp. 355-358.
- Hon, K.L., Leung, T.F. & Ma, K.C. 2002, "Issues regarding nonattendance at a paediatric dermatology centre", *Clinical and Experimental Dermatology*, vol. 27, no. 8, pp. 711-713.
- Horstmann, E., Brown, J., Islam, F., Buck, J. & Agins, B.D. 2010, "Retaining HIV-infected patients in care: where are we? Where do we go from here?", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 50, no. 5, pp. 752-761.
- Hussain-Gambles, M., Neal, R., Dempsey, O., Lawlor, D. & Hodgson, J. 2004, "Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals", *Br J Gen Pract*, vol. 54, pp. 108-113.
- Jeppesen, M.H. & Ainsworth, M.A. 2015, "Telephone reminders reduced the non-attendance rate in a gastroenterology outpatient clinic", *Danish medical journal*, vol. 62, no. 6, pp. A5083.
- Kitcheman, J., Adams, C.E., Pervaiz, A., Kader, I., Mohandas, D. & Brookes, G. 2008, "Does an encouraging letter encourage attendance at psychiatric out-patient clinics? The Leeds PROMPTS randomized study", *Psychological medicine*, vol. 38, no. 5, pp. 717-723.
- Leong, K.C., Chen, W.S., Leong, K.W., Masturad, I., Mimie, O., Sheikh, M.A., Zailinawati, A.H., Ng, C.J., Phua, K.L. & Teng, C.L. 2006, "The use of text messaging to improve attendance in primary care: A randomized controlled trial", *Family practice*, vol. 23, no. 6, pp. 699-705.
- Lesaca, T. 1995, "Assessing the influence of a no-show fee on patient compliance at a CMHC", *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 22, no. 6, pp. 629-631.

- Liu, Q., Abba, K., Alejandria, M.M., Sinclair, D., Balanag, V.M. & Lansang, M.A.D. 2014, "Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, no. Art. No.: CD006594, pp. 1-59.
- Macharia, W. 1992, "An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services", *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 267, pp. 1813-1817.
- Mantjarvi, M. 1994, "No-show patients in an ophthalmological out-patient department", *Acta Ophthalmologica*, vol. 72, no. 3, pp. 284-289.
- Maxwell, S., Maljanian, R., Horowitz, S., Pianka, M.A., Cabrera, Y. & Greene, J. Nov 2001, "Effectiveness of reminder systems on appointment adherence rates.", *Journal of health care for the poor and underserved*, vol. 12, no. 4, pp. 504-514.
- McLean, S., Gee, M., Booth, A., Salway, S., Nancarrow, S., Cobb, M. & Bhanbhro, S. 2014, "Targeting the Use of Reminders and Notifications for Uptake by Populations (TURNUP): a systematic review and evidence synthesis", *Health Services and Delivery Research*, vol. 2, no. 34, pp. 1-183.
- Milne, R.G., Horne, M. & Torsney, B. 2006, "SMS reminders in the UK national health service: an evaluation of its impact on "no-shows" at hospital out-patient clinics", *Health care management review*, vol. 31, no. 2, pp. 130-136.
- Milne, V., Kearns, R. & Harrison, A. 2014, "Patient age, ethnicity and waiting times determine the likelihood of non-attendance at a first specialist rheumatology assessment", *International journal of rheumatic diseases*, vol. 17, no. 1, pp. 19-25.
- Moore, C.G., Wilson-Witherspoon, P. & Probst, J.C. 2001, "Time and money: effects of no-shows at a family practice residency clinic", *Family medicine*, vol. 33, no. 7, pp. 522-527.
- Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H. & Tham, T.C. 2002, "Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 95, no. 6, pp. 284-286.
- Parikh, A., Gupta, K., Wilson, A.C., Fields, K., Cosgrove, N.M. & Kostis, J.B. 2010, "The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates", *The American Journal of Medicine*, vol. 123, no. 6, pp. 542-548.
- Pawson, R. 2011, *Evidence-based Policy: a Realist Perspective*, Sage, London.
- Perez, F.D., Xie, J., Sin, A., Tsai, R., Sanders, L., Cox, K., Haberland, C.A. & Park, K.T. 2014, "Characteristics and direct costs of academic pediatric subspecialty outpatient no-show events", *Journal for healthcare quality*, vol. 36, no. 4, pp. 32-42.
- Prior, M., Guerin, M. & Grimer-Somers, K. 2008, "The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - A synthesis of systematic review findings", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, no. 5, pp. 888-897.
- Reda, S., Rowett, M. & Makhoul, S. 2001, "Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 2, no. Art. No.: CD002085, pp. 1-41.

- Reti, S. 2003, "Improving outpatient department efficiency: a randomized controlled trial comparing hospital and general-practice telephone reminders", *The New Zealand medical journal*, vol. 116, no. 1175, pp. U458.
- Roberts, K., Callanan, I. & Tubridy, N. 2011, "Failure to attend out-patient clinics: is it in our DNA?", *International journal of health care quality assurance*, vol. 24, no. 5, pp. 406-412.
- Roberts, N., Meade, K. & Partridge, M. 2007, "The effect of telephone reminders on attendance in respiratory outpatient clinics", *Journal of health services research & policy*, vol. 12, no. 2, pp. 69-72.
- Rohman, L., Maruswezki, D. & Boyce Cam, N. 2015, "The impact of a text messaging service on orthopaedic clinic Did Not Attend rates", *Journal of telemedicine and telecare*, .
- Sawyer, S.M., Zalan, A. & Bond, L.M. 2002, "Telephone reminders improve adolescent clinic attendance: a randomized controlled trial", *Journal of paediatrics and child health*, vol. 38, no. 1, pp. 79-83.
- Sawyer, T.G., McBroom, K., Granger, B., Bride, W. & Harper, M. 2011., "Making the difference: A shared position to address patients understanding of discharge instructions and post discharge adherence.", *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, vol. 40, no. 4, pp. 386.
- Shaparin, N., White, R., Andreae, M., Hall, C. & Kaufman, A. 2014, "A longitudinal linear model of patient characteristics to predict failure to attend an inner-city chronic pain clinic", *The Journal of Pain*, vol. 15, no. 7, pp. 704-711.
- Sheane, B., Grimshaw, J.M., Wells, G., Boers, M., Andersson, N., Hame, C., Porter, A., Tugwell, P. & Moher, D.:.L. 2007, "Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews", *BMC Medical Research Methodology*, vol. 7, no. 10.
- Sims, H., Sanghara, H., Hayes, D., Wandiembe, S., Finch, M., Jakobsen, H., Tsakanikos, E., Okocha, C.I. & Kravariti, E. Feb 2012, "Text message reminders of appointment: A pilot intervention at four community mental health clinics in London", *Psychiatric Services*, vol. 63, no. 2, pp. 161-168.
- Stubbs, N.D., Geraci, S.A., Stephenson, P.L., Jones, D.B. & Sanders, S. 2012, "Methods to reduce outpatient non-attendance", *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 344, no. 3, pp. 211-219.
- Sundhedsstyrelsen 2015, 26. feb. 2015-last update, *Checklister VL - 2015 IS - Februar, 26 UR*. Available: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/metode/~media/B3A4A4BA131243ECA6339D6E46CE3536.ashx>
- Sundhedsstyrelsen [U.å.], *Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger (Udarbejdet af Sundhedsstyrelsen efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", May 2001)*. Tilgået på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/3E5E326CD6E54D609575282C73F9F9F2.ashx> [2015, 21. okt.].
- Taylor, N.F., Bottrell, J., Lawler, K. & Benjamin, D. 2012, "Mobile telephone short message service reminders can reduce nonattendance in physical therapy outpatient clinics: a ran-

domized controlled trial", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 93, no. 1, pp. 21-26.

van Baar, J.D., Joosten, H., Car, J., Freeman, G.K., Partridge, M.R., van Weel, C. & Sheikh, A. 2006, "Understanding reasons for asthma outpatient (non)-attendance and exploring the role of telephone and e-consulting in facilitating access to care: exploratory qualitative study", *Quality & safety in health care*, vol. 15, no. 3, pp. 191-195.

Waller, J. & Hodgkin, P. 2000, "Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them?", *Family practice*, vol. 17, no. 3, pp. 252-253.

Youssef, A., Alharthi, H., Khaldi, O.A., Alnaimi, F., Alsubaie, N. & Alfariss, N. 2014, "Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: A randomized controlled trial in a Saudi Hospital.", *Journal of Taibah University Medical Sciences*, vol. 9, no. 1, pp. 23-29.

Bilag 1 Søgeprotokol

Refworksbase 10879kora/Refworks. Dubletter frasorteres løbende. Søgt uden tidsbegrænsning, Sprog: dansk, engelsk, norsk, svensk

PubMed – Søgt 15.-16. 6. 2015:

#1 ("appointments and schedules"[MeSH Terms] OR (appointments*[All Fields]): 21.808

#2 ("ambulatory care facilities"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "facilities"[All Fields]) OR "ambulatory care facilities"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "clinic"[All Fields]) OR "outpatient clinic"[All Fields]) OR "Outpatient Clinics, Hospital"[Mesh] OR "Dental Clinics"[Mesh] OR "dental clinic"[All Fields]): 72.915

#3 (1 AND 2): 2128

#4 ("Reminder Systems"[Mesh]) OR (reminder*[All Fields]): 9075

#5 (3 AND 4) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 145 til Refworks

#6 (((("Patient Dropouts"[Mesh]) OR dropout*[All Fields])) OR ((nonattend*) OR nonattend*[All Fields])) OR ("Treatment Refusal"[Mesh] OR (("patient compliance"[MeSH] OR "patient compliance"[All Fields] OR "Non-compliance"[All Fields]): 86.653

#7 (3 AND 6) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 467 til Refworks

#8 ((Targeting reminder*[All fields] AND 6) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 3 til Refworks

#9 "Fees and Charges"[Mesh] OR "Reminder Systems/economics"[Mesh] OR "Cost-Benefit Analysis"[Mesh] OR ("cost-benefit"[All Fields] AND "analysis"[All Fields]) OR "cost-benefit analysis"[All Fields] OR ("cost"[All Fields] AND "effectiveness"[All Fields]) OR "cost effectiveness"[All Fields]): 118.387

#10 ((2 AND 4) AND 9) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 32 til Refworks

#11 (1 AND "Reminder Systems/economics"[Mesh]) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 19 til Refworks

Søgt 7. 8. 2015:

#12 (("Patient Acceptance of Health Care/psychology"[MeSH Terms]) OR "Patient Dropouts/psychology" [Mesh]) AND non-attend*) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 80 til Refworks

I alt efter frasortering af dubletter: 606 fund til gennemsyn

Cochrane – Søgt 16. 6. 2015:

#1 MeSH descriptor: [Appointments and Schedules] expl all trees

#2 MeSH descriptor: [Reminder Systems] expl all trees

#3 (1 AND 2): 4 Cochrane-reviews + 61 trials til Refworks.

Efter frasortering af dubletter: 35 til gennemsyn

Embase – Søgt 17. 6. 2015:

#1 appointment*.tw.: 22.125

#2 (exp outpatient care/ or exp outpatient department/ or exp ambulatory care/) or (outpatient* or ambulatory*).ti.): 135.818

#3 (1 AND 2): 2546

#4 (exp reminder system/ or reminder*.tw): 11.771

#5 (3 AND 4) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang]) : 166 til Refworks

#6 (exp patient dropouts/ or exp treatment refusal/ or exp patient compliance/ or non-compliance.mp. or attendance.mp. or non-attendance.mp.: 143.461

#7 (3 and 6) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang]): 570 til Refworks

#8 (Targeting reminder*).tx: 1 til Refworks

#9 (exp fee/ or exp economic evaluation/ or exp "cost benefit analysis"/ or exp "cost effectiveness analysis"/ or cost-effective*.tw.): 306.091

#10 ((2 AND 4) AND 9) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 46 til Refworks

Efter frasortering af dubletter: 457 fund til gennemsyn

PsycInfo – Søgt 18. 6. 2015:

#1 (appointment*.af.): 8209

#2 (exp Outpatient treatment/ or exp outpatients/ or ambulatory.af.): 38.838

#3 (1 AND 2): 830

#4 (reminder*.af.): 8910

#5 (3 AND 4) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 85 til Refworks

#6 (exp Dropouts/ or exp Treatment Dropouts/ or exp Treatment refusal/ or treatment compliance/ or compliance/ or non-compliance.mp. or attendance*.af. or non-attendance*.af.): 49.517

#7 (3 and 6) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang]): 321 til Refworks

#8 (targeting reminder*.af.): 0

#9 (exp "costs and cost analysis"/ or (cost effectiveness* or cost-effectiveness*).af.): 37.875

#10 ((2 AND 4) AND 9) AND ((Danish[lang] OR English[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang])): 68 til Refworks

Efter frasortering af dubletter: 396 fund til gennemsyn

Cinahl – Søgt 18. 6. 2015:

#1 (MH "Appointments and Schedules+") or (TX appointment*) : 50.934

#2 (MH "Outpatient Service") or (MH "Ambulatory Care Facilities+"): 12.190

#3 (1 AND 2): 1.105

#4 (MH "Reminder Systems") or (TX reminder*): 23.103

#5 (3 AND 4): 102 til Refworks

#6 (MH "Patient Dropouts") or (MH "Treatment Refusal") or (MH "Patient Compliance+") or (TX attendance* OR TX non-attendance*): 57.155

#7 (3 AND 6): 206 til Refworks

#8 TI (Targeting reminder*): 1 til Refworks

#9 (MM "Cost Benefit Analysis") or TX cost effectiveness OR TX cost-effectiveness or (MH "Fees and Charges+"): 65.287

#10 ((2 AND 4) AND 9): 43 til Refworks

Efter frasortering af dubletter: 234 fund til gennemsyn

EconLit – Søgt 1. 7. 2015:

#1 ((Appointment* OR scheduling*) AND reminder*) OR ((Non-attend* OR nonattend*) OR (dropout* OR drop-out*) and reminder*): 51

#2 (#1 AND (health* OR hospital* OR patient* OR outpatient* OR clinic* OR ambulatory* OR dental* OR dentist*)): 15, til Refworks

#3 (Non-attend* OR nonattend* OR dropout* OR drop-out*) AND (Fee* OR charge* OR (fines and fees)): 35, ikke relevante

CRD-databases (DARE, NHSEED, HTA) – Søgt 2. 7. 2015:

#1 MeSH DESCRIPTOR Appointments and Schedules EXPLODE ALL TREES IN DARE, NHSEED, HTA: 130

#2 Ambulatory OR Outpatient[All fields]: 3392

#3 Reminder*[All fields]: 318

#4 (1 AND 2): 3, artiklerne haves fra tidligere søgning, 2 CRD critical abstracts indlagt i Refworks

#5 (Non-attend*[all fields] AND Cost*[All fields]: 30, gennemset, 8 indlagt i Refworks (1 artikel samt 1 HTA-rapport uden CRD critical abstract, 5 artikler inkl. CRD critical abstracts, 1 CRD critical abstract, hvor artiklen haves fra tidligere søgning)

Nordisk – Søgt 10.-14. aug.

Svemed:

#1 (Tidsbeställning[Mesh] OR Patientavhopp[Mesh]) AND Reminder Systems[Mesh]: 6 til Refworks

Netpunkt, Danmark:

(udeblivelse? og påmindelse?): 4 til Refworks

(udeblivelse? eller påmindelse?) og (gebyr? eller bøde? eller betaling?): 12, heraf 6 til Refworks

Ugeskrift for Læger:

Udeblivelse*: 67, gennemset, 6 til Refworks

ORIA (tidl. BibSys), Norge:

Uteblivelse* OG Påminnelse*: 0

Uteblivelse* 7, ikke relevante

Påminnelse*: 77, gennemset, ikke relevante

Libris, Sverige:

Uteblivande*: 7, gennemset, 1 til Refworks

Påminnelserutine*: 0

Påminnelse*[Emne: Medicin]: 13, 1 til Refworks

SwePub, Sverige:

Uteblivande*: 2, ikke relevante

Påminnelse*: 30, ikke relevante

Non-attend*: 6, gennemset, 3 til Refworks

Nonattend*: 15, heraf 8 til Refworks

Drop-out* [Medicin och hälsovetenskap]: 25, gennemset, ikke relevante

Dropout* [Medicin och hälsovetenskap]: 40, gennemset, ikke relevante

Netsøgning og hjemmesider – Søgt 10.-14. aug:

Søgt: non-attendance, no-show, reminder fee, "Characteristics of non-attenders", "Missed appointment(s)", udeblivelse, uteblivande, uteblivelse, gebyr, betaling, betalning – i forskellige kombinationer, de første sider af søgeresultaterne gennemset og evt. relevante til

National Institute for Health and Care Excellence, UK, <http://www.nice.org.uk/>

Sundhedsstyrelsen, Danmark, <http://sundhedsstyrelsen.dk/da>

Socialstyrelsen, Sverige, <http://www.socialstyrelsen.se/>

Kunnskapssenteret, Norge, <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Helsedirektoratet, Helse.norge, <https://helsenorge.no/>

Google

14 valgt til gennemsyn

Bilag 2 Inkluderede studier⁷

Review

Studie	Studiespørgsmål (relevante for nærværende rapport)	Dato for litteratursøgning	Udvælgelseskriterier	Inkluderede studier	Hovedkonklusioner
(McLean et al. 2014)	<p>1. Hvad er effekten af forskellige aftale-påmindelsessystemer (i forhold til udeblivelse, aflysninger, genbooking, patient tilfredshed, omkostninger etc.) for brugere af sundhedsvæsenet?</p> <p>Har forskellige aftale-påmindelsessystemer forskellig effekt på forskellige grupper af patienter?</p> <p>2. Hvad er den økonomiske effekt af forskellige aftale-påmindelsessystemer?</p>	Januar 2012	Alle reviews og RCT-studier omhandlende effekten af påmindelser på udeblivelse fra en aftale i sundhedsvæsenet fra år 2000 og fremefter er blevet inkluderet.	11 reviews 31 RCT-studier	<p>1. Der er overvældende evidens for, at alle påmindelsessystemer er effektive i forhold til at mindske antallet af udeblivelser i sundhedsvæsenet. Dette gælder for alle grupper af patienter og på tværs af afdelinger og specialer.</p> <p>2. Litteraturen på området er meget begrænset og af dårlig kvalitet. Den litteratur, der eksisterer, antyder, at påmindelsessystemer er omkostnings-effektive.</p>
(Eriksen & Kjellberg 2013)	<p>1. Hvad karakteriserer de patientgrupper, der udebliver fra planlagte undersøgelser eller operationer?</p> <p>2. Hvilke erfaringer er der gjort med indsatser, der er rettet mod at nedbringe udeblivelser i sundhedsvæsenet?</p> <p>3. Hvad siger den internationale litteratur om omkostningseffektiviteten herunder de administrative konsekvenser ved initiativer målrettet nedbringelsen af udeblivelser fra planlagte undersøgelser eller operationer?</p> <p>4. Hvad er erfaringerne med effekten af at anvende gebyrer ved udeblivelser i sundhedsvæsenet?</p>	Juni 2013	Som udgangspunkt er alle typer studier fra år 2003 og fremefter, der omhandler studie-spørgsmålene, blevet inkluderet, dog med undtagelse af studier, der omhandler psykiske lidelser. For at kunne konkludere generelt på tværs af diagnoser og specialer er der for de studiespørgsmål, hvor der var tilstrækkelig litteratur, kun inkluderet studier med en varieret population i forhold til diagnoser og specialer.	7 reviews 7 primærstudier.	<p>1. Prædiktorerne for udeblivelse kan være forskellige mellem afdelinger, mellem patientpopulationer og mellem lande. Der er dog prædiktorer, der nævnes hyppigt i litteraturen: yngre patienter i aldersgruppen 17-40 år, patienter fra lavere sociale grupperinger og fra mindrebedmedlede boligområder, lang transporttid, problemer med adgang til transportmidler og ventetid.</p> <p>Forglemmelse og administrative fejl er de hyppigste årsager til udeblivelse.</p> <p>2. Der er effekt af telefonpåmindelse, sms og breve til at nedbringe udeblivelser. Der er for lidt viden til at sige noget om effekten af e-mails. Man skal være opmærksom på begrænsninger i at generalisere undersøgelserne, da der kan være forskelle i patientpopulationer, geografi mv.</p>

⁷ Tre af de anvendte studier indgår ikke i denne liste. Bech 2005 er en økonomisk analyse af udeblivelser. Bech bruger nogle empiriske eksempler, men har ikke udført en systematisk søgning. Vi bruger nogle af Bechs pointer fra analysen, men artiklen indeholder ikke data, der passer til gengivelse her. Finansministeriet (Carlsen, 2014) bruger vi til at eksemplificere en påmindelsesintervention. Studiet har ingen effektmål, hvorfor vi ikke beskriver det her.

Studie	Studiespørgsmål (relevante for nærværende rapport)	Dato for litteratur- søgning	Udvælgelseskriterier	Inkluderede studier	Hovedkonklusioner
					<p>3. Den udvalgte litteratur i dette afsnit giver indikationer på, at telefonpåmindelser er mindre omkostningseffektive sammenlignet med brevpåmindelse og sms. I dette regnestykke indgår der dog ikke, at en telefonsamtale kan være effektiv i forhold til at aflyse og booke ny tid og til at afklare andre spørgsmål mellem patient og sundhedsudbyder. Der mangler solide undersøgelser til mere entydigt at kunne konkludere på indsatsers omkostningseffektivitet.</p> <p>4. Der er ikke tilstrækkelig med dokumentation for, at gebyrer kan nedbringe udeblivelser. Der er behov for effektevalueringer med robuste design til at kunne fastslå gebyrers effektivitet, og der er behov for at teste antagelser om, hvordan patienter vil handle, når de bliver konfronteret med gebyrer.</p> <p>Der foreligger ingen undersøgelser af gebyrers omkostningseffektivitet.</p>
(Giuffrida & Torgerson 1997)	Øger finansielle incitamenter patienters compliance i forhold til behandling i sundhedsvæsenet?	April 1997	RCT-studier fra år 1966 og fremefter, der omhandlede finansielle incitamenters (kontante beløb, lotterisedler, gavekuponer og gaver. Ikke refundering af rejseudgifter) effekt på compliance i forhold til medicinering, sundhedsfaglige råd og fremmøde ved aftaler i sundhedsvæsenet, blev inkluderet.	11 RCT-studier, heraf 5 der omhandler udeblivelser. Ingen af studierne omhandler bøder ved udeblivelse.	10 af de 11 studier finder øget compliance som følge af de finansielle incitamenter.

RCT-studier

Studie	Intervention	Setting	N, studiepopulation	Hovedresultat
(Arora et al. 2015)	Interventionsgruppen modtog tre sms-påmindelser henholdsvis syv, tre og en dag før aftalen.	Patienter, der efter kontakt med skadestue, har planlagt follow-up aftale. Land: USA.	Interventionsgruppe: 146 Kontrolgruppe: 182	29,8 % udeblev i interventionsgruppen, 37,9 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).
(Youssef et al. 2014)	Interventionsgruppen modtog en sms-påmindelse 48 timer inden aftalen.	Patienter med planlagt aftale ved en almen medicinsk klinik, en neurologisk klinik eller en gynækologisk/obstetrisk klinik. Land: Saudi Arabien	Almen medicinsk klinik: Interventionsgruppe: 251 Kontrolgruppe: 251 Neurologisk klinik: Interventionsgruppe: 99 Kontrolgruppe: 198 Gynækologisk/obstetrisk klinik: Interventionsgruppe: 350 Kontrolgruppe: 350	Almen medicinsk klinik: 26,3 % udeblev i interventionsgruppen, 39,8 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$). Neurologisk klinik: 29,3 % udeblev i interventionsgruppen, 43,9 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$). Gynækologisk/obstetrisk klinik: 26,6 % udeblev i interventionsgruppen, 27,9 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var ikke signifikant ($p < 0,05$).

Andre typer effektstudier

Studie	Studietype	Intervention	Setting	N, studiepopulation	Hovedresultat
(Jeppesen & Ainsworth 2015)	Case-kontrol studie med historisk kontrolgruppe.	Der foretages et manuelt opkald med påmindelse til alle i Interventionsgruppen dagen inden deres aftale.	Gastroenterologisk ambulatorium. Land: Danmark	Interventionsgruppe: 2.479 Kontrolgruppe: 2.705	6,1 % udeblev i interventionsgruppen, 10,5 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).
(Rohman, Maruswezki & Boyce Cam 2015)	Case-kontrol studie med historisk kontrolgruppe.	Interventionsgruppen modtog en sms-påmindelse en uge inden aftalen.	Ortopædisk ambulatorium Land: England	Interventionsgruppe: 65.567 Kontrolgruppe: 61.244	5,4 % udeblev i interventionsgruppen, 6,2 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).
(Hardy, O'Brien & Furlong 2001)	Case-kontrol studie med historisk kontrolgruppe.	Interventionsgruppen modtog en informationspakke to uger inden aftalen og et manuelt opkald en uge inden aftalen.	Diabetes klinik Land: England	Interventionsgruppe: 325 Kontrolgruppe: 1.336	4,6 % udeblev i interventionsgruppen, 15,0 % udeblev i kontrolgruppen. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).
(Lesaca 1995)	Før-og-eftermåling.	Patienter fik ved udeblivelse en bøde på 30 US\$. Da dette blev indført, blev patienterne informeret om det af deres behandler og ved opslag i venteværelse.	Klinik for psykisksygdom Land: USA	69	20,1 % udeblev inden intervention, 9,3 % udeblev efter intervention. Forskellen var signifikant ($p < 0,05$).
(Chariatte et al. 2008)	Case-kontrol studie med historisk kontrolgruppe	Patienter i interventionsgruppen fik en bøde (beløb ikke angivet) ved udeblivelse.	"Multidiscipliner"-klinik for ungdomssundhed. Land: Schweiz	Interventionsgruppe: 13.553 Kontrolgruppe: 19.263	11,6 % udeblev inden intervention, 11,9 % udeblev efter intervention. Forskellen var ikke signifikant ($p < 0,05$).
(Mantjarvi 1994)	Case-kontrol studie med historisk kontrolgruppe	Patienter i interventionsgruppen fik en bøde (beløb ikke angivet) ved udeblivelse.	Oftalmologisk ambulatorium. Land: Finland	Interventionsgruppe: 1.710 Kontrolgruppe: 1.837	6,4 % udeblev inden intervention, 5,5 % udeblev efter intervention. Forskellen var ikke signifikant ($p < 0,05$).

Deskriptive studier

Studie	Fokus	Setting	Hovedresultater (signifikante karakteristika for de patienter der udeblev)
(Chang, Sewell & Day 2015)	Karakteristika associeret med udeblivelse	Ambulante patienter, der skulle have fortaget endoskopi med anæstesi Land: USA	Tidligere udeblivelser, aktivt misbrug og et stort medicinsk forbrug af opiater.
(Milne, Kearns & Harrison 2014)	Karakteristika associeret med udeblivelse	Reumatologisk ambulatorium Land: New Zealand	Alder på 20-29 år og maori/pacific etnicitet. De finder desuden, at jo længere tid der er fra planlægning af aftale til aftale, jo højere er risikoen for udeblivelse.
(Shaparin et al. 2014)	Karakteristika associeret med udeblivelse	Kronisk smerte klinik Land: USA	At være spansktalende og at have 8-16 km fra hjem til ambulatorium i forhold til at have kortere afstand.
(Perez et al. 2014)	Karakteristika associeret med udeblivelse	15 ambulante med forskellige specialer. Der ses kun aftaler med patienter i alderen 0-30 år. Land: USA.	Patienter under 21 år, aftale ved medicinskspecialer fremfor kirurgisk, aftale finder sted sommer eller efterår, aftalen er om morgen, første aftale fremfor follow-up aftale, der er mere end 80 km fra hjem til behandler, patienten er forsikret igennem Medicaid og på forhånd kendt behov for tolk under aftale.

Bilag 3 Kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Review bedømt med AMSTAR

Studie	(Eriksen & Kjellberg 2013)	(Giuffrida & Torgerson 1997)	(McLean et al. 2014)
Was a priori design provided?	-	-	-
Was there duplicated study selection?	-	+	-
Was there duplicated data extraction?	-	+	-
Was a comprehensive literature search performed?	+	+	+
Was the status of publication types an inclusion criterion?	+	+	+
Was a list of studies provided?	+	-	+
Were the characteristics of the included studies provided?	+	+	+
Was the quality of the included studies assessed and documented?	-	-	+
Was the quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	-	-	+
Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	N/A	N/A	N/A
Was the likelihood of publication bias assessed?	N/A	N/A	N/A
Was the conflict of interest included?	+	+	+

+ = Ja

- = Nej

N/A = Ikke anvendelig

RCT-studier bedømt med Cochranes Risk of Bias

Studie	Random sequence generation	Allocation concealment	Blinding of participants and personnel	Detection bias	Blinding of outcome assessment	Incomplete outcome data	Selective reporting	Other bias
(Arora et al. 2015)	+	+	+	+	+	-	?	+
(Youssef et al. 2014)	+	+	+	+	+	+	?	+

+ = Lav risiko
 - = Høj risiko
 ? = Uklar risiko

Andre typer effektstudier bedømt med Cochranes ACROBAT

Studie	Bias due to confounding	Bias in selection of participants into the study	Bias in measurement of intervention	Bias due to departures from intended interventions	Bias due to missing data	Bias in measurement of outcomes	Bias in selection of the reported results
(Jeppesen & Ainsworth 2015)	M	L	L	L	L	L	L
(Rohman, Maruswezki & Boyce Cam 2015)	M	M	M	L	L	L	L
(Hardy, O'Brien & Furlong 2001)	M	L	L	L	L	L	L
(Lesaca 1995)	M	L	L	L	L	L	L
(Chariatte et al. 2008)	M	L	L	L	L	L	L
Mantjarvi 1994)	M	L	L	L	L	L	L

L = Lav risiko for bias
 M = Moderat risiko for bias
 S = Alvorlig risiko bias
 C = Kritisk risiko for bias



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00